Ein nicht pathogenes Bakterium für die Behandlung der atopischen Dermatitis
Une bactérie non pathogène pour traiter la dermatite atopique

Eine Salbe mit Cholesterol!
Une crème au cholestérol !

Fokus Rosacea
Focus rosacée

Die faszinierende Geschichte der Malassezia
La fascinante histoire des Malassezia

# DH

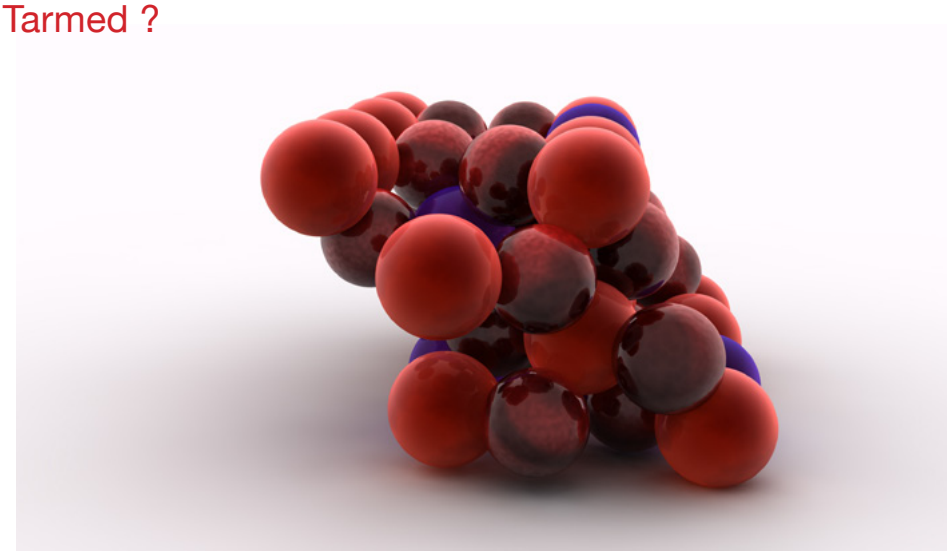
# DERMATOLOGICA HELVETICA

Février 2014 - Volume 26 - N° 2

## Berufspolitik / Politique professionnelle

J.-P. Grillet, J. Hafner

## Technische Leistungen und viele Tarmed-Positionen linear um 9% senken ? / Réduire linéairement de 9% la prestation technique de nombreuses positions Tarmed ?



Dieses Heft wurde für die Fortbildung der Schweizer Dermatologen dank einer Hilfe die folgenden Firmen realisiert:

Ce numéro à été réalisé grâce à une aide pour la formation continue des dermatologues suisses des firmes:

Pierre Fabre
head & shoulders
GALDERMA Committed to the future of dermatology
spirig

Dermatoses corticosensibles du cuir chevelu telles le psoriasis*

Simplement **puissant**

# CLARELUX® 500µg/g

## Propionate de clobétasol

La puissance du clobétasol
La simplicité d'une mousse

www.pierre-fabre-dermatologie.ch

**Information professionnelle abrégée** CLARELUX® **mousse pour application cutanée :**
**C** : *Principe actif :* Clobetasoli propionas (500 µg/g). *Excipients :* Ethanolum anhydricum, Propylenglycolum, Polysorbatum, Alcohol cetylicus, Alcohol stearylicus, Propellentia (Propanum, Butanum, Isobutanum) et excip. ad emulsionem. *** I :** Traitement de courte durée des dermatoses du cuir chevelu sensibles aux glucocorticoïdes comme le psoriasis, ne répondant pas suffisamment aux corticoïdes moins puissants. **P :** *Chez l'adulte :* Appliquer CLARELUX® deux fois par jour sur la zone atteinte. Limiter le traitement à une durée de 2 semaines consécutives. Ne pas dépasser une dose de 50 g/semaine. *Chez l'enfant et l'adolescent :* On ne dispose d'aucune expérience. Le traitement de ces groupes de patients n'est donc pas recommandé. **CI :** Hypersensibilité au principe actif, à d'autres glucocorticoïdes ou à l'un des excipients conformément à la composition. Brûlures, rosacée, acné vulgaire, dermatite (périorale) de type rosacée, prurit péri-anal et génital. Lésions primitives de la peau d'origine bactérienne, de mycoses ou d'infections virales. Ne pas appliquer sur le visage. **PE :** Le traitement topique à long terme peut provoquer la suppression de la fonction surrénalienne. Après disparition des lésions cutanées ou après une durée maximale de traitement de deux semaines, il faut appliquer le traitement de manière intermittente ou envisager l'utilisation d'un glucocorticoïde moins puissant. En cas d'application chronique intermittente, la fonction de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS) doit être contrôlée à intervalles réguliers. Une surinfection des lésions peut se produire, imposant l'arrêt du traitement glucocorticoïde topique ainsi que l'instauration d'un traitement antimicrobien approprié. Une prudence particulière est de rigueur en cas d'insuffisance hépatique connue. Risque de récidives/rebond ou de développement d'une tolérance, de psoriasis pustuleux généralisé (de type Zumbusch) et de toxicité locale ou systémique. CLARELUX® ne doit pas être appliqué sous pansement occlusif en l'absence d'une surveillance médicale. Survenue de cataractes après une application prolongée de glucocorticoïdes. Le propylène glycol, l'alcool cétylique et l'alcool stéarique contenus dans CLARELUX® peuvent provoquer des irritations cutanées locales (dermatite de contact, p.ex.). Le traitement de l'enfant et de l'adolescent avec CLARELUX® n'est pas recommandé. **IA :** Aucune donnée. **GA :** Clarelux ne doit pas être administré durant la grossesse ni par les femmes allaitantes sauf en cas de nécessité absolue. **EI :** *Troubles du système nerveux :* très rare : paresthésies. *Troubles oculaires :* très rare: irritation oculaire. *Troubles vasculaires :* très rare: dilatation veineuse. *Troubles cutanés et des tissus sous-cutanés :* très rare: dermatite non précisée, dermatite de contact, aggravation du psoriasis, irritation cutanée, douleur au toucher ainsi que tension cutanée. *Troubles généraux et accidents liés au site d'administration :* fréquent: sensation de brûlure au site d'application, réaction non précisée au site d'application. Très rare : érythème au site d'application, prurit au site d'application, douleurs non précisées. *Investigations :* très rare: hématurie, augmentation du volume corpusculaire moyen, protéinurie, azotémie. *Autres effets indésirables observés lors de l'utilisation de corticostéroïdes.* **Catégorie de vente :** liste B. Admission aux caisses-maladie. Pour des informations complètes et détaillées, veuillez consulter www.swissmedicinfo.ch **Pierre Fabre (Suisse) SA**, 4123 Allschwil. 12/2010

01/2014

Pierre Fabre
Hegenheimermattweg 183 • 4123 Allschwil • 061 4 87 89 00
dermatologie.ch@pierre-fabre.com • www.pierre-fabre-dermatologie.ch

**Faire plus pour la dermatologie** Pierre Fabre DERMATOLOGIE

Warnung / Avertissement

Für den Inhalt ausserhalb des redaktionellen Teils (insbesondere Anzeigen, Industrieinformationen, Pressezitate und Kongressinformationen) übernehmen Redaktion und Verlag keine Gewähr. Eine Markenbezeichnung kann warenzeichenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung in dieser Zeitschrift das Zeichen® oder ein anderer Hinweis auf etwa bestehende Schutzrechte fehlen sollten.

L'éditeur et la rédaction déclinent toute responsabilité concernant le contenu non rédactionel du périodique (en particulier les annonces, les informations émanant de l'industrie, les citations tirées de la presse et les informations issues de congrès). Une marque déposée peut jouir d'une protection légale même si elle est mentionée dans le périodique sans le symbole ® ou toute autre marque signalant, le cas échéant, une telle protection juridique.

Dosierungsangaben von Medikamenten:

Autoren und Verlag haben alle Anstrengungen unternommen, um sicherzustellen, dass Auswahl und Dosierungsangaben von Medikamenten im vorliegenden Text mit den aktuellen Vorschriften und der Praxis übereinstimmen. Trotzdem muss der Leser im Hinblick auf den Stand der Forschung, Änderungen staatlicher Gesetzgebungen und den unterbrochenen Fluss neuer Forschungsergeenisse bezüglich Medikamentenwirkung und -nebenwirkungen darauf aufmerksam gemacht werden, dass unbedingt bei jedem Medikament der Packungsprospekt konsultiert werden muss, um mögliche Änderungen im Hinblick auf Indikation und Dosis nicht zu übersehen. Gleiches gilt für spezielle Warnungen und Vorsichtsmassnahmen. Ganz besonders gilt dieser Hinweis für empfohlene neue und/oder nur selten gebrauchte Wirkstoffe.
Alle Rechte vorbehalten. Ohne schriftliche Genehmigung des Verlags dürfen diese Publikation oder Teile daraus nicht in andere Sprachen übersetzt oder in irgendeiner Form mit mechanischen oder elektronischen Mitteln (einschliesslich Fotokopie, Tonaufnahme und Mikrokopie) reproduziert oder auf einem Datenträger oder einem Computersystem gespeichert werden.

Posologie des médicaments:

Les auteurs et l'éditeur ont tout mis en œuvre pour s'assurer que le choix des médicaments et la posologie préconisés dans ce texte soient conformes aux recommandations et à la pratique au moment de la publication. Cependant, compte tenu des recherches en cours, des changements dans les législations et de l'afflux constant de données nouvelles concernant la thérapie médicamenteuse et l'effet des médicaments, il est vivement recommandé au lecteur de vérifier sur la notice jointe à chaque emballage si aucune modification n'est intervenue dans la posologie et si aucune nouvelle contre-indication ou précaution à prendre n'a été signalée. Cela est particulièrement important lorsque l'agent recommandé est nouveau ou peu employé. Tous droits de reproduction, même partielle, sous n'importe quelle forme, strictement réservés.

DH

DERMATOLOGICA HELVETICA

Février 2014 - Volume 26 - N° 2

SOMMAIRE

4 Journal Club
7 Terminologie
8 Fokus - Focus
12 SGDV - SSDV
21 Report
24 Leçon de l'histoire
27 Photo du mois
30 Industrie

Authors instructions (peer reviews)

Size: Papers should comprise approximately 700-2000 words including figures, tables and references.
Title page: The first page of each paper should indicate the title, the authors' names, the institute where the work was conducted, and a short title for use as running head.
Full address: The exact postal address of the corresponding author complete with postal code must be given.
Key words: For indexing purposes, a list of 3–5 key words in English is essential for all papers.
Abstract: Normally each paper needs an abstract of not more than 150 words. It should contain the following information: purpose of the study, procedures, results, conclusions and message of the paper. Abstracts submitted for publication in the section Original Papers should be structured as follows:
Background: What is the major problem that prompted the study
- Objective: What is the purpose of the study?
- Methods: How was the study performed?

Results: Most important findings?
- Conclusion: Most important conclusion?

Footnotes: Avoid footnotes. When essential, they are numbered consecutively and typed at the foot of the appropriate page.
Formatting rules:
- Do not use any special page layout. If you would like to see what your manuscript looks like with embedded tables and illustrations, remember that we need text and illustrations as separate files!
- Enter your text continuously flush left. Do not use hard returns ("enter") within a paragraph, only at its end.
- Do not use footer and header functions.
- Use boldface and italics as well as sub- and superscript where appropriate.
- Use your word-processing program to insert Greek letters, mathematical symbols, etc.

Legends: The legends to your figures are part of the text and should be listed at the end of your text file.
Line Drawings
Black and White Half-Tone Images, Color Illustrations
Scans
- For processing and retouching scanned half-tone images, Photoshop is recommended. Please save the original scan as well as your processed version.
- Export black and white half-tones and color illustrations as TIF or EPS format, as close as possible to their anticipated size in print.
- Save them as separate files, not embedded in the text.
- Scanned line drawings must be digitalized with a resolution of at least 800, better 1000 dpi (dots per inch) after scaling.
- Scanned half-tone images should be digitalized with a final resolution of 300 dpi, a 12 bit grayscale accuracy and a density range of 2.8. Screen values must lie between 5% and 95%.
- Scanned color illustrations must be digitalized in RGB mode with a resolution of at least 300 dpi, a 32 bit accuracy and a density range of 2.8.
- Summary.

Make sure that your original has the resolution values in this table after scaling, otherwise the printing quality may be inadequate.

Detailled authors instruction will soon be avaible on our upcoming website.

ANZEIGENREGIE / REGIE DES ANNONCES

Carine HERRERAS
Tél : +41 79 667 32 48
Fax: +41 22 372 94 95
E-mail : derm.helv@bluewin.ch

RUBRIKEN DER DERMATOLOGICA HELVETICA - RUBRIQUES DE DERMATOLOGICA HELVETICA
Weiterbildung - Formation continue

Redaktionsbüro / Bureau éditorial
J.-H. Saurat - Chefredaktor / Editeur en chef • M. Harms - Stv. Chefredaktorin / Editeur en chef adjointe • A.A. Navarini - Assoziierter Redaktor / Editeur associé A.M. Skaria - Redaktor Westschweiz/ Editeur député pour la Suisse romande • T. Hofer - Redaktor Deutschschweiz / Editeur député pour la Suisse alémanique • C. Mainetti & F. Pelloni - Redaktoren Tessin / Editeurs députés pour le Tessin • Journal-Klub / Journal-Club • Fokus / Focus - J.-H. Saurat, Redaktionsbüro / Bureau éditorial (derm.helv@bluewin.ch) • Klinische Fälle / Cas cliniques • Report - Universitätskliniken und praktizierende Ärzte Les cliniques universitaires et les praticiens • Peer-reviewed original work / FMH preparation - A.A. Navarini (alexander.navarini@usz.ch)
Neues aus dem Fachgebiet / Nouvelles professionnelles
Forum des Präsidenten der SGDV / Tribune du Président de la SSDV - J. Hafner (juerg.hafner@usz.ch) • Neues aus der SGDV / Nouvelles de la SSDV - R. Barbezat (info@derma.ch) • Neues aus den Kliniken / Nouvelles des cliniques - Klinikdirektoren, Les directeurs des cliniques • Neues aus den kantonalen Fachgesellschaften / Nouvelles des Sociétés cantonales de la spécialité - Präsidenten der Gesellschaften, Les présidents des sociétés • Ankündigungen (Kongresse/Kolloquien) und Berichte / Annonces (congrès/colloques)et Bureau éditorial (derm.helv@bluewin.ch) • Freies Forum / Tribune libre - Redaktionsbüro / Bureau éditorial (derm.helv@bluewin.ch) • Humor / Billet d'humour et d'humeur - J.P. Grillet (derm.helv@bluewin.ch) • Neues aus der Industrie/ Nouvelles de l'industrie - Redaktionsbüro / Bureau éditorial (derm.helv@bluewin.ch) • Druck / Impression - Atar Roto Presse SA, Vernier

e-mail : derm.helv@bluewin.ch

ISSN : 1420-2360

## EGF blockade in cutaneous SCC

Treatment of Advanced Cutaneous Squamous Cell Carcinomas with Epidermal Growth Factor Receptor Inhibitors

Alter M et al.
Department of Dermatology and Allergy, Hannover Medical School, Skin Cancer Center Hannover

Dermatology 2013; 227: 289–294

In advanced cutaneous squamous cell carcinoma (cSCC), efficient medical treatment options are limited in case surgery and radiotherapy failed, particularly since most patients are of higher age and suffer from comorbidities. In many tumor entities, the epidermal growth factor receptor (EGFR) has been established as an important therapeutic target, and blockade of EGFR signaling by monoclonal antibodies or small molecules achieves a therapeutic benefit. EGFR expression is also often dysregulated in cSCC. We report here two patients with advanced cSCC treated with the EGFR inhibitor cetuximab and summarize the current published experience with the use of EGFR inhibitors in cSCC.

## Scleroderma: an Immunologic Response to Cancer

Association of the Autoimmune Disease Scleroderma with an Immunologic Response to Cancer

Joseph CG et al.
The Howard Hughes Medical Institutions and the Department of Pathology, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore.

Science 2014, 343, 6167, 152-157

Autoimmune diseases are thought to be initiated by exposures to foreign antigens that cross-react with endogenous molecules. Scleroderma is an autoimmune connective tissue disease in which patients make antibodies to a limited group of autoantigens, including RPC1, encoded by the POLR3A gene. As patients with scleroderma and antibodies against RPC1 are at increased risk for cancer, we hypothesized that the "foreign" antigens in this autoimmune disease are encoded by somatically mutated genes in the patients' incipient cancers. Studying cancers from scleroderma patients, we found genetic alterations of the POLR3A locus in six of eight patients with antibodies to RPC1 but not in eight patients without antibodies to RPC1. Analyses of peripheral blood lymphocytes and serum suggested that POLR3A mutations triggered cellular immunity and cross-reactive humoral immune responses. These results offer insight into the pathogenesis of scleroderma and provide support for the idea that acquired immunity helps to control naturally occurring cancers.

## A cholesterol cream !

Topical cholesterol treatment ameliorates hapten-evoked cutaneous hypersensitivity by sustaining expression of 11β-HSD1 in epidermis

Murota H et al.
Department of Dermatology, Osaka University, Osaka, Japan;

Experimental Dermatology, 2014, 23, 58–77

Changes in the stratum corneum extracellular matrix impair epidermal barrier function and may cause dermatoses. The aim of this study was to examine the effect of exogenous cholesterol application on skin barrier function and cutaneous inflammation. Skin barrier-disrupted or hapten-stimulated mice were treated with topical cholesterol. The effect of topical cholesterol application on an oxazolone (OXA)-induced hypersensitivity reaction was evaluated. Topical application of cholesterol efficiently decreased transepidermal water loss in areas of barrier-disrupted skin and ameliorated OXA-induced cutaneous hypersensitivity. These favourable effects may have resulted from sustained expression of 11b-hydroxysteroid dehydrogenase type 1 (11b-HSD1) in the cholesterol-treated skin. As 11b-HSD1 is known to produce active cortisol, topical cholesterol may attenuate contact hypersensitivity by normalizing secretion of hormonally active cortisol from the skin.

## Uric acid in psoriasis

Hyperuricemia in patients with chronic plaque psoriasis

Gisondi P, et al.
Department of Medicine, Section of Dermatology, University of Verona, Italy

Journal of the American Academy of Dermatology, 2014, 70, 1, 127-130

Background: Few studies have examined the association between elevated serum uric acid (SUA) levels and psoriasis, and their results have been inconclusive because most of these studies did not take into account the confounding effects of coexisting features of the metabolic syndrome.
Objective: We compared the prevalence of hyperuricemia and SUA levels between psoriatic patients and control individuals.
Methods: Levels of SUA were measured in 119 consecutive psoriatic patients and 119 control

individuals matched for age, sex, and body mass index.
Results: Compared with control subjects, psoriatic patients had higher SUA levels (5.61 ± 1.6 vs 4.87 ± 1.4 mg/dL; P < .001) and a remarkably greater prevalence of asymptomatic hyperuricemia (19% vs 7%; P < .001). Multivariate logistic regression analysis revealed that psoriasis was the strongest predictor of hyperuricemia (odds ratio 3.20; 95% confidence interval 1.32-7.58; P < .01) after adjusting for age, sex, and metabolic syndrome features.
Limitations: The cross-sectional design of this study does not allow us to draw any conclusion about a causal relation between psoriasis and hyperuricemia.
Conclusions: Hyperuricemia is a common finding in psoriatic patients. Its treatment might be clinically useful for the global treatment of patients.

## Cell therapy for alopecia

The effect of CD34+ cell-containing autologous plateletrich plasma injection on pattern hair loss: a preliminary study

Kang J-S, et al
Kangskin Clinic and Department of Dermatology and Cutaneous Biology Research Institute, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2014, 28, 72–79.

Background: Mobilized CD34+ cells in peripheral blood have angiogenic potential, which is an important factor in active hair growth. In addition, activated autologous platelet-rich plasma (PRP) has been reported to induce the proliferation of dermal papilla cells.
Objectives: To investigate the clinical efficacy of interfollicular injection of CD34+ cell-containing PRP preparation for pattern hair loss.
Patients and methods: CD34+ cell-containing PRP preparation was injected on the scalps of 13 patients with pattern hair loss, and 13 patients were treated with interfollicular placental extract injection as a control. The numbers of platelets in PRP were microscopically counted and CD34+ cells were evaluated with flow cytometry.
Results: Three months after the first treatment, the patients presented clinical improvement in the mean number of hairs, 20.5 ± 17.0% (P < 0.0001), mean hair thickness, 31.3 ± 30.1% (P < 0.0001), and mean two-point score, 84.4 ± 51.7% (P < 0.0001) compared with baseline values. At 6 months, the patients presented clinical improvement in mean hair count, 29.2 ± 17.8% (P < 0.0001), mean hair thickness, 46.4 ± 37.5% (P < 0.0001), and mean twopoint score, 121.3 ± 66.8% (P < 0.0001) compared with baseline. The MIXED procedure revealed that CD34+ cellcontaining PRP treatment presented a higher degree of improvement than placental extract treatment in hair thickness (P = 0.027) and overall clinical improvement (P = 0.023).
Conclusion: Our data suggest that the interfollicular injection of autologous CD34+ cell-containing PRP preparation has a positive therapeutic effect on male and female pattern hair loss without remarkable major side-effects.

## Discoid lupus is not psoriasis

Dominant Th1 and Minimal Th17 Skewing in Discoid Lupus Revealed by Transcriptomic Comparison with Psoriasis

Jabbari A, et al
Department of Dermatology, College of Physicians and Surgeons, Columbia University, New York, USA,

Journal of Investigative Dermatology, 2014, 134, 87–95.

Discoid lupus erythematosus (DLE) is the most common skin manifestation of lupus. Despite its high frequency in systemic lupus in addition to cases without extracutaneous manifestations, targeted treatments for DLE are lacking, likely because of a dearth of knowledge of the molecular landscape of DLE skin. Here, we profiled the transcriptome of DLE skin in order to identify signaling pathways and cellular signatures that may be targeted for treatment purposes. Further comparison of the DLE transcriptome with that of psoriasis, a useful reference given our extensive knowledge of molecular pathways in this disease, provided a framework to identify potential therapeutic targets. Although a growing body of data support a role for IL-17 and T helper type 17 (Th17) cells in systemic lupus, we show a relative enrichment of IFN-γ-associated genes without that for IL-17-associated genes in DLE. Extraction of T cells from the skin of DLE patients identified a predominance of IFN-γ-producing Th1 cells and an absence of IL-17-producing Th17 cells, complementing the results from whole-skin transcriptomic analyses. These data therefore support investigations into treatments for DLE that target Th1 cells or the IFN-γ signaling pathway.
Abbreviations: DLE, discoid lupus erythematosus; GSEA, Gene Set Enrichment Analysis; LE, lupus erythematosus; RT–PCR, reverse transcriptase–PCR; SLE, systemic lupus erythematosus; Th, T helper

## Soft bacteria good for atopic dermatitis

Nonpathogenic Bacteria Alleviating Atopic Dermatitis Inflammation Induce IL-10-Producing Dendritic Cells and Regulatory Tr1 Cells

Volz T, et al.
Department of Dermatology, Eberhard Karls University Tübingen, Germany.

Journal of Investigative Dermatology, 2014, 134, 96–104.

The beneficial effects of nonpathogenic bacteria are increasingly being recognized. We reported in a placebo-controlled study with atopic dermatitis (AD) patients that cutaneous exposure to lysates of nonpathogenic bacteria alleviates skin inflammation. To now unravel underlying mechanisms, immune consequences of sensing nonpathogenic bacterium Vitreoscilla filiformis lysate (Vf) were characterized analyzing (1) differentiation of dendritic cells (DCs) and, consecutively, (2) effector functions of DCs and T helper (Th) cells in vitro and in a murine model of AD in NC/Nga mice in vivo. Topical treatment with Vf significantly reduced AD-like inflammation in NC/Nga mice. Importantly, cutaneous exposure to Vf in combination with the allergen FITC significantly also reduced subsequent allergen-induced dermatitis indicating active immune modulation. Indeed, innate sensing of Vf predominantly induced IL-10-producing DCs, which was dependent on Toll-like receptor 2 (TLR2) activation. Vf-induced IL-10+ DCs primed naive CD4+ T helper cells to become regulatory IFN-γlow IL-10high Tr1 (type 1 regulatory T) cells. These IL-10high Tr1 cells were also induced by Vf in vivo and strongly suppressed T effector cells and inflammation. In conclusion, we show that innate sensing of nonpathogenic bacteria by TLR2 induces tolerogenic DCs and regulatory Tr1 cells suppressing T effector cells and cutaneous inflammation. These findings indicate a promising therapeutic strategy for inflammatory skin diseases like AD.
Abbreviations: AD, atopic dermatitis; CFSE, carboxyfluorescein succinimidyl ester; DC, dendritic cell; LPS, lipopolysaccharide; Th cell, T helper cell; TLR, Toll-like receptor; Tr1, type 1 regulatory T cell; Vf, Vitreoscilla filiformis lysate

## Melanoma: heavy metastasis worse than light

Metastatic Volume: An Old Oncologic Concept and a New Prognostic Factor for Stage IV Melanoma Patients

Panasiti V, et al.
Plastic Surgery Unit, Campus Bio-Medico, University of Rome

Dermatology, 2013, 227:55–61.

Background: The last melanoma staging system of the 2009 American Joint Committee on Cancer takes into account, for stage IV disease, the serum levels of lactate dehydrogenase (LDH) and the site of distant metastases.
Objective: Our aim was to compare the significance of metastatic volume, as evaluated at the time of stage IV melanoma diagnosis, with other clinical predictors of prognosis.
Methods: We conducted a retrospective multicentric study. To establish which variables were statistically correlated both with death and survival time, contingency tables were evaluated. The overall survival curves were compared using the Kaplan-Meier method.
Results: Metastatic volume and number of affected organs were statistically related to death. In detail, patients with a metastatic volume >15 cm 3 had a worse prognosis than those with a volume lower than this value (survival probability at 60 months: 6.8 vs. 40.9%, respectively). The Kaplan- Meier method confirmed that survival time was significantly related to the site(s) of metastases, to elevated LDH serum levels and to melanoma stage according to the latest system.
Conclusion: Our results suggest that metastatic volume may be considered as a useful prognostic factor for survival among melanoma patients.

## Lobster on the chest

Reticular erythematous mucinosis: a review of patients' characteristics, associated conditions, therapy and outcome in 25 cases

Rongioletti F, et al.
Section of Dermatology, Department of Health Sciences (DISSAL), University of Genoa, Italy.

British Journal of Dermatology, 2013, 169, 1207–1211.

Background: Reticular erythematous mucinosis (REM) is an uncommon disease, the nosology and specific characteristics of which are controversial because most reports deal with single cases or small series.
Objectives: To describe the characteristics of patients with REM regarding demographics, clinical and pathological features, comorbidities,

treatment and course.
Methods: A retrospective and prospective study was conducted on 25 patients diagnosed with REM in the setting of university-affiliated dermatology departments and dermatopathology centres.
Results: Of the 25 patients with REM, 16 were women (sex ratio 2 : 1) and the mean age was 46 years. The roles of sun exposure and oral contraceptives were ambiguous. Associated diseases included hypertension (n = 4), malignancies (n = 3), autoimmune diseases (n = 3) and Borrelia infection (n = 1). Immunological studies (including serology and direct immunofluorescence) were noncontributory. The response to antimalarial treatment was good in > 80% of cases. Worsening or recurrence of the lesion after treatment discontinuation, or in the course of the disease, occurred in 31% of patients.
Conclusions: We present the largest REM case series to date. The reticular pattern with involvement of the midline of the chest and back, the predilection for middle-aged women, the controversial relationship with photosensitivity and the possible association with other conditions such as malignancies and thyroid dysfunctions are the main characteristics that makes REM a recognizable disease.



**Monilethrix**

Das lateinische Ursprungswort ist:
Monile = Halsband, Perlenkette

Das griechische Ursprungswort ist:
θρίξ (θριχοσ) = thrix (thrichos) = Haar

Die Synomyme dieser Krankheit sind:
Pili monilifomres, Aplasia pilorum intermittens, Sabouraud'sches Syndrom, Spindelhaare, beaded hair.

Im Gegensatz zu dem Wort Trichophytie, kommentiert im letzten Monat, hat die Bezeichnung Monilethrix das griechische th (theta) beibehalten. Diese Kopfhauterkrankung hat ein charakteristisches mikroskopisches Bild in Form von Unregelmässigkeiten des Haarschaftes, das unsere Vorgänger zu einem Vergleich mit einem Perlencollier angeregt hat. Die Bezeichnung des Sprosspilzes als Moniliose hat übrigens denselben Wortursprung. Die Krankheit wurde auch als Sabouraud'sches Syndrom (1862) bekannt aber diese Bezeichnung hat sich nicht durchgesetzt wahrscheinlich weil der Name Sabouraud vor allem mit der Mykologie verbunden ist.
Virchof hat die Krankheit 1879 unter dem Namen Aplasia pilorum intermittens beschrieben. Es handelt sich um eine autosomale dominante Krankheit, deren trichozytäre Mutationen beschrieben sind. Seit mit dem frühen Lebensalter besteht ein schütterer Haarbestand mit kurzen abgebrochenen Haaren was es klinisch erlaubt die Diagnose zu stellen. Die Haare brechen ab weil die spindelförmigen Verdickungen dem normalen Kaliber des Haares entsprechen und die etwa 1 mm langen Intervalle die anormalen Haarschaftteile darstellen, die verdünnt sind und leicht abbrechen. Die Diagnose wird erleichtert durch das häufige Vorhandensein einer pilären Hyperkeratose.

**Monilethrix**

Le mot latin d'origine est:
Monile = collier

Le mot grec d'origine est :
θρίξ (θριχοσ) = trix (trichos) = cheveux

Les synonymes de cette affection sont :
Pili moniliformes, Aplasia pilorum intermittens, Syndrome de Sabouraud, beaded hair.

Contrairement à la trichophytie, terme commenté le mois dernier, la dénomination monilethrix a gardé le th (theta) du mot grec. Cette maladie du cuir chevelu est caractérisée par l'aspect microscopique des cheveux présentant des irrégularités de la tige pilaire ressemblant à un collier de perles – une comparaison très imaginative évidemment de nos ancêtres. La moniliose a d'ailleurs la même racine. L'appellation de syndrome de Sabouraud (1892) ne s'est pas imposée probablement parce que le nom de ce chercheur est surtout lié à la mycologie.
Décrite par Virchof en 1879 sous le terme d'Aplasia pilorum intermittens le monilethrix est une maladie héréditaire autosomique dominante dont les mutations des kératines trichocytiques sont déterminées. Elle est aisément diagnostiquée cliniquement par la présence d'une hypotrichose commençant très tôt dans la vie où les cheveux sont en faite cassés. Ils se cassent parce que ce ne sont pas les parties "gonflées" qui sont anormales mais les espaces entre celles-ci d'env. 1mm de distances qui sont malformés et rétrécis donc friables. Une kératose pilaire est souvent associée et utile pour le diagnostic.

## Long term topical vasoconstrictor for rosacea

Long-term safety and efficacy of once-daily topical brimonidine tartrate gel 0.5% for the treatment of moderate to severe facial erythema of rosacea: results of a 1-year open-label study

Once-daily topical brimonidine tartrate (BT) gel 0.5% was shown to be efficacious and safe for the treatment of erythema of rosacea in previous studies including a 4-week treatment phase. In the present 1-year study, we aimed to assess the long-term safety and efficacy of the treatment. Subjects with moderate to severe erythema of rosacea were instructed to apply topical BT gel 0.5% once daily for 12 months. Severity of erythema and adverse events (AEs) were evaluated. Approximately 345 subject years of exposure to BT gel 0.5% was achieved in the study. The incidence of AEs and AEs judged to be related to the study drug was higher at the beginning and decreased over the course of the study. Similar safety profiles were observed between the subjects who had received or not received concomitant therapies for the inflammatory lesions of rosacea. Effect of topical BT gel 0.5% on erythema severity was observed after the first application and the durability of the effect was maintained until the end of the study at month 12, with no tachyphylaxis observed. In conclusion, once-daily topical BT gel 0.5% is safe and consistently effective for the long-term treatment of moderate to severe erythema of rosacea, even in the presence of concomitant therapies for the inflammatory lesions of rosacea.

Journal of Drugs in Dermatology, 2014, 13(1):56-61.

## Topical α-adrenergic receptor agonist for rosacea

Management of facial erythema of rosacea: what is the role of topical α-adrenergic receptor agonist therapy?

Several more recent advances have led to a better understanding of the pathophysiologic mechanisms involved in rosacea and therapeutic modalities used for treatment. Although the clinical features may vary among patients, there are some unifying mechanisms that appear to relate to the more common presentations of rosacea. Both neurovascular dysregulation and augmented immune detection and response appear to play central roles that lead to many of the signs and symptoms of rosacea. Diffuse central facial erythema is a very common finding that intensifies during flares and persists to varying degrees between flares. This background of facial redness occurs secondary to vasodilation and fixed vascular changes that develop over time. Physical modalities are commonly used to treat the erythema that persists as a result of fixed changes in superficial cutaneous vasculature that do not remit after treatment with agents whose mechanisms are active primarily against some of the inflammatory processes operative in rosacea (ie metronidazole, azelaic acid, tetracyclines). As enlarged superficial cutaneous vessels that contribute to the fixed background facial redness of rosacea remain vasoactive to sympathetic nervous system innervation, topical α-adrenergic receptor agonists, namely brimonidine and oxymetazoline, are currently under evaluation for the treatment of facial erythema of rosacea. This article focuses on the clinical differentiation of facial erythema of rosacea and its management.

Journal of American Academy of Dermatology, 2013; 69(6 Suppl 1):44-56.

## Rosacea: What is it ?

New insights into rosacea pathophysiology: a review of recent findings.

Rosacea is a common, chronic inflammatory skin disease of poorly understood origin. Based on its clinical features (flushing, chronic inflammation, fibrosis) and trigger factors, a complex pathobiology involving different regulatory systems can be anticipated. Although a wealth of research has shed new light over recent years on its pathophysiology, the precise interplay of the various dysregulated systems (immune, vascular, nervous) is still poorly understood. Most authors agree on 4 major clinical subtypes of rosacea: erythematotelangiectatic rosacea, papulopustular rosacea, phymatous rosacea, and ocular rosacea. Still, it needs to be elucidated whether these subtypes develop in a consecutive serial fashion or if any subtypes may occur individually as part of a syndrome. Because rosacea often affects multiple family members, a genetic component is also suspected, but the genetic basis of rosacea remains unclear. During disease manifestation and early stage, the innate immune system and neurovascular dysregulation seem to be driving forces in rosacea pathophysiology. Dissection of major players for disease progression and in advanced stages is severely hampered by the complex activation of the innate and adaptive immune systems, enhanced neuroimmune communication, profound blood vessel and possibly lymphatic vessel changes, and activation of almost every resident cell in the skin. This review discusses some of the recent findings and aims to build unifying hypotheses for a modern understanding of rosacea pathophysiology.

Journal of the American Academy of Dermatology, 2013; 69(6 Suppl 1):S15-26.

# NIDAZEA® WIDMER

## EN CAS DE LA ROSACÉE INFLAMMATOIRE PAPULOPUSTULEUSE

- Traitement des papules et pustules inflammatoires et des érythèmes
- Pour le traitement local
- Avec métronidazole

Dermatologica Widmer

NIDAZEA® WIDMER. **COMPOSITION:** 1 g de gel contient 7,5 mg de métronidazole. Excipients: Propylenglycolum; Conserv.: Phenoxyethanolum; Excip. ad gelatum. **INDICATIONS/POSSIBILITÉS D'EMPLOI:** Traitement local des papules et pustules inflammatoires ainsi que des érythèmes caractérisant la rosacée. **POSOLOGIE/MODE D'EMPLOI:** Adultes et patients âgés: Nidazea® doit être appliqué deux fois par jour en couche mince sur les parties atteintes de l'épiderme; on massera légèrement pour faire pénétrer. Avant le traitement, on lavera et séchera soigneusement les zones atteintes. La durée du traitement est de 4 semaines. Enfants et adolescents: L'utilisation de Nidazea® n'est pas recommandée ni chez l'enfant ni chez l'adolescent, faute d'études cliniques disponibles à ce sujet. **CONTRE-INDICATIONS:** Hypersensibilité au métronidazole ou à l'un des excipients. Enfants et adolescents. **MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS:** Chez les patients atteints de dyscrasie sanguine ou présentant une dyscrasie dans leur anamnèse, Nidazea® sera appliqué avec prudence. Le contact du gel avec les yeux ou les muqueuses est à éviter. **EFFETS INDÉSIRABLES:** Occasionnellement: peau sèche, desquamation, sensation de brûlure cutanée. **CONSERVATION:** Le médicament ne peut être utilisé que jusqu'à la date figurant sur le récipient sous la mention «EXP». Une fois ouvert, le médicament doit être utilisé dans les 3 mois. **PRÉSENTATION:** Tube de 30 g. Liste B. **Admis par les caisses-maladie.** Pour de plus amples informations, veuillez consulter la version exhaustive de l'information professionnelle publiée sous www.swissmedicinfo.ch. Louis Widmer AG, 8952 Schlieren

Louis Widmer
SWISS DERMATOLOGICA

## Do you treat seborrheic dermatitis orally ?

Systematic Review of Oral Treatments for Seborrheic Dermatitis

Seborrheic dermatitis (SD) is normally treated with topical corticosteroids and antifungals. Oral therapies can be prescribed in severe or unresponsive cases. This review aims to assess the quantity and quality of published reports on oral therapies for SD. MEDLINE and Embase databases and the reference listings of publications were searched for any publication using oral treatment for SD. The quality of the included publications was assessed using a modified 27 item checklist by Downs and Black. Twenty-one publications (randomized controlled trials, open trials and case reports) covering eight oral therapies (itraconazole, terbinafine, fluconazole, ketoconazole, pramiconazole, prednisone, isotretinoin and homeopathic mineral therapy) were identified. Most of the publications investigated oral antifungals and the quality of the evidence was generally low. The clinical efficacy outcome reported varied considerably between the studies, preventing statistical analysis and direct comparison between treatments. However, ketoconazole therapy was associated with more relapses compared with other treatments. Itraconazole dosing regimen for SD was generally 200 mg/day for the first week of the month followed by 200 mg/day for the first 2 days for 2–11 months. Terbinafine was prescribed at 250 mg/day either as a continuous (4–6 weeks) or as an intermittent regimen (12 days per month) for 3 months. Fluconazole has administered daily (50 mg/day for 2 weeks) or weekly (200–300 mg) for 2–4 weeks. Ketoconazole dosing regimen was 200 mg daily for 4 weeks. Finally, a single 200 mg dose of pramiconazole was administered to patients. This review also highlights key areas for consideration when designing future studies.

JEADV, 2014, 28, 16–26

## Blood pressure linked to seborhheic dermatitis

Seborrheic dermatitis and hypertension in adults: a cross-sectional study.

Background: Seborrheic dermatitis (SD) is a chronic inflammatory skin disease that shares some features with psoriasis. Previous reports have demonstrated an association between hypertension and psoriasis. Chronic skin inflammation may plays a role in the aetiology of hypertension in both disorders.
Objective: To evaluate the association between SD and hypertension in an adult large population sample.
Methods: A cross-sectional study was carried out by utilizing the database of Clalit Health Services, a healthcare provider organization for over 4 million enrollees in Israel. All adult patients previously diagnosed with SD were compared with a sample of enrollees without SD regarding the prevalence of hypertension. Patients without SD were frequency matched to SD patients regarding age and sex. Data on other health-related lifestyles and comorbidities were collected.
Results: The study included all 9255 patients with SD and 9246 age- and sex-matched patients without SD. The prevalence of hypertension was significantly higher in patients with SD (27.1% vs. 24.7%, $P < 0.001$, OR = 1.13, 95% CI: 1.05-1.21). A multivariate logistic regression model demonstrated that SD was significantly associated with hypertension after controlling for confounders, including age, sex, socioeconomic status, smoking, diabetes and obesity (multivariate OR = 1.23, 95% CI: 1.12-1.35, $P < 0.001$).
Conclusions: In this study, an association between SD and hypertension was demonstrated in adults. Many factors can be advocated to explain this association. Genetic predisposition, psychological conditions, lipid abnormalities and chronic inflammation of the skin with a change in cytokine balance should be explored as potential mechanisms.

Journal of European Academy of Dermatology and Venereology. Epub ahead of print.

## Malassezia's stories are fascinating

Skin diseases associated with Malassezia yeasts: facts and controversies.

The implication of the yeast genus Malassezia in skin diseases has been characterized by controversy, since the first description of the fungal nature of pityriasis versicolor in 1846 by Eichstedt. This is underscored by the existence of Malassezia yeasts as commensal but also by their implication in diseases with distinct absence of inflammation despite the heavy fungal load (pityriasis versicolor) or with characteristic inflammation (eg, seborrheic dermatitis, atopic dermatitis, folliculitis, or psoriasis). The description of 14 Malassezia species and subsequent worldwide epidemiologic studies did not reveal pathogenic species but rather disease-associated subtypes within species. Emerging evidence demonstrates that the interaction of Malassezia yeasts with the skin is multifaceted and entails constituents of the fungal wall (melanin, lipid cover), enzymes (lipases, phospholipases), and metabolic products (indoles), as well as the cellular components of the epidermis (keratinocytes, dendritic cells, and melanocytes). Understanding the complexity of their interactions will highlight the controversies on the clinical presentation of Malassezia-associated diseases and unravel the complexity of skin homeostatic mechanisms.

Clinics in Dermatology., 2013, 31(4):455-63.

## Oral lithium for rosacea ?

The association between psychiatric diseases, psychotropic drugs and the risk of incident rosacea

Background: Psychological conditions, such as traumatic events or stress, have been discussed controversially as aetiologic factors for rosacea.
Objectives: To assess the association between diagnosed depression, other affective disorders or schizophrenia and subsequent incident rosacea. We further aimed at evaluating a possible role of various psychotropic drugs within this association.
Methods: We conducted a matched case-control study of psychiatric diseases and incident rosacea, stratified by exposure to various psychotropic drugs, using the UK-based General Practice Research Database (GPRD). Cases had a first diagnosis of rosacea recorded between 1995 and 2009. Each case was matched to one control on age, sex general practice, and years of history on the database.
Results: A history of depression or other affective disorders was not associated with an increased risk of developing rosacea, whereby lithium was the only antidepressant drug that significantly altered this association. Current long-term use of lithium was associated with a decreased OR of 0.58 (95% CI 0.38-0.88) among people without schizophrenia diagnosis (with or without affective disorders), compared to people not exposed to lithium. Patients with diagnosed schizophrenia revealed a decreased rosacea risk (OR 0.71, 95% CI 0.60-0.91) independent of antipsychotic drug use.
Conclusions: Depression or other affective disorders were not associated with incident rosacea, whereas patients with schizophrenia were at a decreased risk of this skin disease in our study population. The materially decreased risk of rosacea among people with chronic lithium exposure may lead to new insights into the pathomechanism of rosacea. This article is protected by copyright. All rights reserved.

The British Journal of Dermatology. Epub ahead of print.

## Topical azithromycin for rosacea blepharitis

Topical azithromycin as a novel treatment for ocular rosacea

Purpose: Acne rosacea is a common dermatological conditions associated with blepharitis. Current treatments include artificial tears, lid hygiene, and systemic doxycycline. In this study the authors evaluate the effectiveness of topical azithromycin in ocular rosacea.
Methods: The authors enrolled 37 ocular rosacea patients: 12 were treated with systemic doxycycline, 16 with azithromycin eyedrops, and 9 did not receive medical treatments. Ocular signs and symptoms and side effects were evaluated at baseline and at 1-month follow-up.
Results: A significant improvement in TF-BUT, meibomian gland plugging, and Oxford score associated with symptom reduction was reported by all patients after 1 month. All treatments were well tolerated, with mild gastrointestinal symptoms in 33% of the doxycycline group and mild burning after instillation in the azithromycin group.
Conclusions: Topical azithromycin may represent an additional treatment for ocular rosacea, with a shorter duration of treatment and absence of gastrointestinal side effects as compared to systemic doxycycline.

Ocular Immunology and Inflammation, 2013, 21(5):371-7.

"*If the patient is you, try a placebo or two* "

Shelley, Walter B. "Advanced Dermatologic Diagnosis"
W.B. Saunders 1992

# Bundesrat Berset's Verordnung zur finanziellen Besserstellung der Hausärzte (Verschiebung von 200 Mio CHF innerhalb Tarmed)

# Ordonnance du conseiller fédéral Berset instituant une meilleure rémunération des médecins de famille (Dégagement d'un montant de 200 millions de francs dans le cadre de Tarmed, sans générer pour autant des coûts supplémentaires)

J.-P. Grillet[1], J. Hafner[2]

1 Chemin de Beau-Soleil 12, 1206 Genève
2 Secrétariat général de la SSDV, Dalmazirain 11, 3005 Berne

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Zweifellos haben Sie bereits gehört, dass das Jahr 2014 mit einer schlechten Nachricht beginnt. Zur finanziellen Besserstellung der Hausärzte will BR Alain Berset die technische Leistung zahlreicher Tarmed-Positionen linear um 9% senken. Davon sollen in erster Linie Tarmed-Kapitel zahlreicher Spezialfächer betroffen sein, wozu auch unser Kapitel 4.0 zählt. Die SGDV wird gegen dieses Vorhaben Widerstand leisten. In einer gemeinsamen Linie mit der FMH und der fmch haben wir basierten auf harten Argumenten eine Gegenstellungnahme formuliert und an das Eidgenössische Departement des Inneren abgeschickt.
Die Vorgeschichte zu dieser Entwicklung ist relativ komplex, und wir fassen sie hier noch einmal kurz zusammen. Der Tarmed wurde auf der Basis des ersten GRAT-Projektes und auf dem Konsumentenindex von 1994 erarbeitet und zu Beginn der 2000er-Jahre finalisiert. "Hausärzte Schweiz" lancierte im Jahr 2010 die Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin", welche mit über 130'000 beglaubigten Unterschriften zustande kam. Die Initiative verlangt, dass die Hausarztmedizin in der Schweizer Verfassung verankert wird. Durch die verstärkte Berücksichtigung in der Aus- und Weiterbildung, sowie durch eine verbesserte Rückvergütung der hausärztlichen Leistungen soll die Hausarztmedizin gestärkt werden.
BR Berset hatte bisher noch keine politischen Erfolge vorzuweisen. Mit der Hausarzt-Initiative bot sich ihm eine Gelegenheit, dies zu ändern. Er schlug einen Masterplan für die Hausarztmedizin vor, der der neben der verstärkten Verankerung der Hausarztmedizin im Studium und während der Weiterbildung eine materielle Besserstellung der Hausärzte um 200 Mio Franken pro Jahr vorsieht. Dies entspricht +11 Taxpunkte ärztlicher Leistung pro Konsultation. Dieses Versprechen genügte, dass "Hausärzte Schweiz" seine Volksinitiative zurückzog! Das Schweizer Stimmvolk wird sich also nur noch zum Gegenvorschlag äussern können, über welchen wir weiter unten wieder berichten.
Aus politischen Gründen wollte BR Berset diese Mehrausgaben für die Hausarztmedizin kostenneutral organisieren. Im Jahr 2012 beschloss das Parlament eine Gesetzesänderung, welche den Bundesrat befugt, bei Uneinigkeit der Tarifpartner subsidiär in die Tarifstrukturen der Krankenversicherung einzugreifen und somit den ambulanten Tarif amtlich festzusetzen (Artikel 43 Abs 5bis des Krankenversicherungsgeset-

Chères et chers collègues,

Vous avez certainement déjà eu vent de ce que l'année 2014 commence par une mauvaise nouvelle. Afin d'assurer une meilleure rémunération des médecins de premier recours, le CF Alain Berset entend réduire linéairement de 9% la prestation technique de nombreuses positions Tarmed. Ce sont en premier lieu des chapitres Tarmed de multiples disciplines de spécialistes qui doivent être touchées, dont notre chapitre 4.0 fait également partie. La SSDV s'opposera à ce projet. Suivant en cela une ligne commune avec la FMH et la fmCh, nous avons formulé un contravis se basant sur des arguments solides et l'avons adressé au Département fédéral de l'intérieur.
L'historique à la base de cette évolution est relativement complexe, et nous en donnons brièvement ici un nouveau condensé. Le tarif Tarmed a été élaboré sur la base du premier projet Grat et de l'indice des prix à la consommation de 1994; il a été finalisé au début des années 2000. "Médecins de famille Suisse" a lancé en 2010 l'initiative populaire "Oui à la médecine de famille", qui a abouti avec plus de 130'000 signatures authentifiées. L'initiative exige que la médecine de famille soit inscrite dans la Constitution suisse. Il s'agit de renforcer cette médecine e en la prenant davantage en compte dans la formation initiale et postgraduée et en rémunérant mieux les prestations des médecins de premier recours.
Le CF Berset ne pouvait jusqu'ici se targuer d'aucun succès politique. Mais l'initiative pour la médecine de famille lui a offert la possibilité de changer les choses sur ce plan. Il a proposé un masterplan pour la médecine de famille qui, hormis le meilleur ancrage de cette dernière dans les études et pendant la formation postgraduée, prévoit une amélioration de la situation financière des médecins de premier recours, à concurrence de 200 millions de francs par an. Ceci équivaut à 11 points-taxes supplémentaires de prestation médicale par consultation. Cette promesse a suffi pour que "Médecins de famille Suisse" retire son initiative populaire! Le peuple suisse ne pourra donc plus se prononcer qu'à propos du contre-projet au sujet duquel nous apportons ci-dessous des développements plus détaillés.
Pour des raisons politiques, le CF Berset voulait aménager ces dépenses supplémentaires en faveur de la médecine de famille dans le respect de la neutralité des coûts. En 2012, le Parlement a adopté une modi-

# Lubexyl® schafft Sympathie

**Z:** 1 g **Lubexyl** enthält benzoylis peroxidum 40 mg. **I:** Akne vulgaris. **D:** 2 x täglich ein paar Spritzer Lubexyl auf die leicht angefeuchtete Haut verteilen und nach 1–2 Minuten mit Wasser gründlich abspülen. **VM:** Kontakt mit Augen und Schleimhäuten vermeiden, nicht bei akut entzündeter, verletzter, sebostatischer sowie stark empfindlicher Haut anwenden. Wegen der Bleichwirkung darf Lubexyl nicht mit Haaren und farbigen Textilien in Berührung kommen. **UW:** Spannungsgefühl, leichte Rötung. **IA:** Von Sonnenbad und Solarium wird abgeraten. **P:** 150 ml*. Liste C. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittelkompendium der Schweiz.

**Permamed AG, CH-4106 Therwil, Tel. 061 725 20 20, Fax 061 725 20 40, E-Mail: permamed@permamed.ch, www.permamed.ch**

LY/IS/D/06-12

- **die einzige Hautwaschemulsion mit BPO zur modularen Aknetherapie**
- **optimal zur Kombination mit**
  **– Adapalen**
  **– Antiandrogenen**
  **– topischen / oralen Antibiotika**
- **verhindert Antibiotika-Resistenzen**

**kassenpflichtig**

permamed
Das eigenständige Pharmaunternehmen

zes).
Die Tarifpartner setzen sich aus dem Branchenverband der Krankenversicherer santésuisse, dem Dachverband der Schweizer Spitäler H+, der Medizinaltarif-Kommission (MTK) und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH zusammen. Die aktuell gültige Version 1.08 von Tarmed wurde am 15.06.2012 vom Bundesrat genehmigt und somit für sachgerecht erklärt. Ein wichtiges und bewährtes Element des Schweizer Gesundheitswesens ist die Tarifautonomie der Tarifpartner. Bisher war es stets gelungen, den Tarif auf dem Verhandlungsweg festzusetzen. Die Tarifpartner erhielten im Rahmen des Masterplans Hausarztmedizin den Auftrag, die Besserstellung der Hausärzte durch eine kostenneutrale Gegenfinanzierung innerhalb des Tarmed zu organisieren. Am 23.09.2013 gaben die Tarifpartner bekannt, dass diese Aufgabe unmöglich sachgerecht gelöst werden kann und dass sich daher nicht auf einen gemeinsamen Vorschlag einigen können. Der Bundesrat hat diese Antwort – sehr grosszügig – als Uneinigkeit der Tarifpartner im Sinne des erwähnten neunen KVG-Artikels 43 Abs 5bis interpretiert und sich für kompetent erklärt, erstmals subsidiär in die Tarifstruktur einzugreifen. Dies wäre ein deutlicher Schritt in Richtung Staatsmedizin, was aus politisch liberaler Sicht klar abzulehnen ist. Das Anhörungsverfahren läuft aktuell bis am 03.02.2014.
Aus mehreren Gründen wird (A) die Gesetzmässigkeit und (B) die Sachgerechtigkeit der bundesrätlichen Vorordnung von der FMH, der fmCh und zahlreichen Facharztgesellschaften angezweifelt. Gemeinsam mit anderen betroffenen Interessenträger, unter anderem auch der Schweizer Spitälern, formiert sich nun starker politische Widerstand.

**Die wichtigsten Argumente und Punkte seien hier – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – noch einmal zusammengefasst:**

Die rechtlichen Voraussetzungen für die Verordnung sind nicht erfüllt. Nach KVG-Artikel 43 Abs 5bis (in Kraft seit 1.1.2013) kann der Bundesrat Anpassungen an der Tarifstruktur vornehmen, wenn sie sich als nicht mehr sachgerecht erweist und sich der Parteien auf eine Revision nicht einigen können. Beide Voraussetzungen für den bundesrätlichen Eingriff in die Tarifstruktur sind jedoch nicht erfüllt. (A) Der Tarmed ist in seiner Version 1.08 sachgerecht, wie der Bundesrat mit seiner Genehmigung vom 15.06.2012 selber festhielt. (B) Die Parteien konnten sich bisher stets auf dem Verhandlungsweg über die Tarifordnung einigen und die Tarifautonomie, welche ein zentrales Element des erfolgreichen, liberal organisierten Schweizer Gesundheitswesens darstellt, blieb gewahrt.
Die Sachgerechtigkeit ist eine der Stärken des Tarmed. Die insgesamt 4500 Tarifpositionen stützen sich auf wirtschaftlich bemessene Parameter ab. Dies anerkennt auch der Bundesrat in einem seiner Kommentare explizit. Durch die lineare Kürzung der Taxpunkte der technischen Leistungen um 9% in einer willkürlichen Auswahl von Tarmed-Kapiteln (es sind dies die Kapitel 4,5,8,15,17,19,21,24,29,31,32,35,37,39) wird das Prinzip der Sachgerechtigkeit gekippt. Der Bundesrat müsste nachweisen können, dass die technischen Leistungen in diesen Kapiteln überbewertet sind, was er natürlich nicht kann.
Die vorgesehene Zuschlagsposition soll ausschliesslich für Arztpraxen (Hausärzte, Kinderärzte) gelten. Spitäler und Kliniken sind ausdrücklich davon ausgeschlossen. In der Schweiz gilt jedoch der tarifpolitische Grundsatz, dass gleiche Leistungen gleich abgegolten werden sollen. Der Bundesrat weiss dies, denn er unterstützt diesen Grundsatz ausdrücklich. Mit dem vorgelegten

fication de loi autorisant le Conseil fédéral à intervenir à titre subsidiaire dans les structures tarifaires de l'assurance-maladie en cas de désaccord entre les partenaires et, par conséquent, de fixer officiellement le tarif ambulatoire (article 43, al. 5bis de la loi sur l'assurance-maladie).
Les partenaires tarifaires sont santésuisse (association de branche des assureurs-maladie), l'association faîtière H+ Les Hôpitaux de Suisse, la Commission des tarifs médicaux CTM et la Fédération des médecins suisses FMH. La version actuellement en vigueur (1.08) de Tarmed a été approuvée le 15.06.2012 par le Conseil fédéral et donc déclarée appropriée. Un élément important et éprouvé du système suisse de la santé est l'autonomie tarifaire des partenaires intéressés. Jusqu'à présent, il a toujours possible de fixer le tarif par la voie des négociations. Les partenaires tarifaires ont reçu, dans le cadre du masterplan de la médecine de famille, le mandat d'organiser la meilleure rémunération des médecins de premier recours via un contre-financement neutre du point de vue des coûts, dans le contexte de Tarmed. Le 23.09.2013, lesdits partenaires ont fait savoir qu'il était impossible d'accomplir objectivement cette tâche et qu'ils étaient dès lors dans l'incapacité de formuler une proposition commune. Le Conseil fédéral interprété - à vrai dire en le faisant au sens très large du terme - cette réponse comme un désaccord des partenaires tarifaires aux termes du nouvel article 43, al. 5bis LAMal mentionné plus haut; il s'est du même coup déclaré compétent pour intervenir, et c'est une première, à titre subsidiaire dans la structure tarifaire. Ceci reviendrait à faire un pas décisif dans la direction d'une médecine étatique, ce qui doit être rejeté du point de vue d'une politique libérale. La procédure de consultation est actuellement en cours et se terminera le 03.02.2014.
Pour diverses raisons, la FMH, la fmCh et de nombreuses sociétés de médecins-spécialistes mettent en doute (A) la légalité et (B) le caractère objectif de l'ordonnance du Conseil fédéral. Avec d'autres organes d'intéressés touchés par ce projet, notamment avec les Hôpitaux de Suisse, une forte opposition politique se forme aujourd'hui.

**Les principaux arguments et points - sans prétendre à l'exhaustivité - sont résumés une fois encore ici:**

Les conditions légales ne sont pas remplies pour édicter une telle ordonnance. En effet, selon l'art. 43, al. 5bis LAMal (en vigueur depuis le 1.1.2013), le Conseil fédéral peut adopter des adaptations de la structure tarifaire si celle-ci s'avère ne plus être objective et si les partenaires ne peuvent s'entendre sur une révision. Les deux conditions susmentionnées ne sont cependant pas remplies pour l'intervention qu'envisage le Conseil fédéral dans la structure tarifaire. (A) Le Tarmed est pertinent dans sa version 1.08, comme le Conseil fédéral l'a lui-même constaté dans son approbation du 15.06.2012. (B) Les parties ont toujours été en mesure de s'entendre à ce jour par la voie des négociations au sujet du régime tarifaire; l'autonomie tarifaire pour sa part, qui est un élément clé du système de santé suisse - organisé de façon libérale et couronné de succès - était sauvegardée.
L'objectivité est l'une des forces de Tarmed. Les quelques 4500 positions tarifaires au total se fondent sur des paramètres économiques mesurés. Le Conseil fédéral le reconnaît d'ailleurs lui-même, et explicitement, dans l'un de ses commentaires. En optant pour une réduction linéaire de 9% sur les points-taxes des prestations techniques dans un choix arbitraire de chapitres de Tarmed (ce sont les chapitres 4,5,8,15,17, 19,21,24,29,31,32,35,37,39), on s'écarte du principe de

Beschluss zum Eingriff in die Tarifstruktur wird auch diese Regelung willkürlich gestürzt.
Einkommensstudien in der Schweiz und im Ausland lassen erkennen, dass das Einkommen der Hausärzte stark streut und dass sich das durchschnittliche Einkommen der Hausärzte im Rahmen des Einkommens der meisten Spezialärzte bewegt. Einzig Psychiater haben ein deutlich geringeres durchschnittliches Einkommen als die übrige Ärzteschaft. Im Vergleich zum europäischen Ausland sind die Unterschiede zwischen dem Hausarzteinkommen und einem Spezialarzteinkommen in der Schweiz auffällig gering, was ein weiteres Argument dafür ist, dass sich das Schweizer Tarifsystem im Ganzen bewährt hat.
Der Bundesrat argumentiert unter anderem mit dem Schlagwort, dass die intellektuelle Tätigkeit innerhalb der ärztlichen Tätigkeiten auf Kosten technischer Tätigkeiten aufgewertet werden soll – als ob es ärztliche Tätigkeiten gäbe, bei denen man "nichts denken muss". Die gesamte Stossrichtung der Aktion ist von mangelndem Respekt und einer Diskriminierung der spezialärztlichen Tätigkeit gekennzeichnet. Formal bemerkenswert ist die Tatsache, dass die fmCh – der Dachverband der chirurgisch und interventionell tätigen Ärzte der Schweiz – zum Anhörungsverfahren nicht eingeladen wurde (obwohl BR Berset und sein Team die fmCh kennen und schon früher ein persönlicher Austausch stattgefunden hat).
Die Dermatologie und Venerologie wurde wie viele andere Spezialarztdisziplinen in den vergangenen Jahren gezwungen, vermehrt in die technische Ausstattung der Arztpraxis zu investieren. Im Rahmen der Einführung von Tarmed wurden die erhöhten Anforderungen an einen Praxis-Operationssaal, bzw. Op-I eingeführt, und das neue Gesetz über die Sterilisation in der Praxis zwingt viele Praxisinhaber zu zusätzlichen Investitionen, ohne dass durch die letzere Massnahme die Patientensicherheit verbessert würde. Im Rahmen der Hautkrebsepidemie ist es für die meisten dermatologischen Praxen absolut erforderlich, mit diesen Entwicklungen Schritt zu halten und auch in andere moderne Techniken, wie z.B. die photodynamische Therapie zu investieren. Somit verlangt der Bundesrat genau in einem Moment, wo eine ganze Reihe politischer Vorgaben und andererseits auch der medizinische Fortschritt die Ärzte zwingen, vermehrt in ihre technische Infrastruktur zu investieren, einen Taxpunkt-Abbau der technischen Leistung. Dies ist alles andere als sachgerecht und ein Widerspruch in sich.
Voraussichtlich besonders empfindlich getroffen werden die Frauen, denn sie arbeiten in der mittleren Lebensphase oft teilzeit, um ihrer Doppelrolle als Ärztin und Mutter gerecht werden zu können. Ihre Möglichkeiten, die finanziellen Verluste durch die Abwertung der technischen Leistung durch einen vermehrten Arbeitseinsatz zu kompensieren, um damit zum Schluss überhaupt einen Lohn abschöpfen, sind limitiert. Die einseitige Benachteiligung der Frauen ist sicher nicht im Sinn der bundesrätlichen Gesundheitspolitik, aber sie wurde vermutlich schlichtweg übersehen.
Die Inhaber von Dermatopathologie-Labors sind von der bundesrätlichen Massnahme ebenfalls überproportional stark betroffen. Die Dermatopathologie ist aber ein integraler Bestandteil unseres Fachs und unserer diagnostischen Algorithmen. Auch unter diesem Aspekt ist die bundesrätliche Verordnung abzulehnen.
Schliesslich muss gesagt werden, dass die Mehrheit der Dermatologinnen und Dermatologen in der Schweiz nach wie vor ganz überwiegend die klassische Dermatologie betreiben, mit einer in den letzten Jahren stärker gewordenen Gewichtung der Hautkrebsbehandlung. Die Einkommenszahlen der grossen Sta-

l'objectivité. Le Conseil fédéral devrait pouvoir prouver que les prestations techniques sont surévaluées dans ces chapitres, ce qu'il est bien évidemment incapable de faire.
La position prévue pour un supplément de rémunération ne doit s'appliquer qu'aux cabinets médicaux (médecins de famille, pédiatres). Les hôpitaux et cliniques en sont expressément exclus. Pourtant en Suisse s'applique en matière de politique tarifaire le principe selon lequel toutes les prestations doivent être rémunérées de la même façon. Le Conseil fédéral le sait bien, puisqu'il soutient formellement ce principe. Avec la présente décision d'intervenir dans la structure tarifaire, cette réglementation est également fondée sur l'arbitraire.
Des études relatives aux revenus en Suisse et à l'étranger montrent que celui des médecins de famille oscille fortement et que leur revenu moyen évolue dans le cadre de celui de la majorité des médecins spécialistes. Seuls les psychiatres ont un revenu nettement plus faible en moyenne que le reste de la corporation des médecins. En comparaison avec les pays européens, les différences entre le revenu de médecin de famille et celui d'un spécialiste sont visiblement infimes, ce qui est un argument supplémentaire pour dire que le système tarifaire suisse a fait ses preuves dans son ensemble.
Le Conseil fédéral argumente en alléguant notamment le slogan qui veut que l'activité intellectuelle parmi les activités médicales doit être évaluée aux coûts des activités techniques - comme s'il existait des activités médicales que l'on peut exercer "sans penser à rien". L'axe global de l'action envisagée par le projet d'ordonnance se caractérise par un manque de respect et une discrimination de l'activité des médecins spécialistes. Au plan formel, il est intéressant de voir que la fmCH, l'association faîtière des médecins exerçant au plan chirurgical et interventionnel en Suisse, n'a pas été invitée à participer à la procédure de consultation (alors que le CF Berset et son équipe connaissent la fmCh et l'ont déjà rencontrée précédemment pour un échange personnel).
La spécialité de la dermatologie et de la vénéréologie a été contrainte au cours des années passées - tout comme de nombreuses autres disciplines médicales spécialisées - d'investir davantage dans les équipements techniques des cabinets médicaux. Dans le cadre de l'introduction de Tarmed, ont été introduites les exigences accrues posées pour une salle d'opération de cabinet médical, resp. OP-I, et la nouvelle loi sur la stérilisation en cabinet médical impose à nombre de propriétaires de cabinet des investissements supplémentaires sans que cette dernière mesure n'améliore la sécurité des patients. Par ailleurs, dans le contexte de l'épidémie de cancers de la peau, il est absolument nécessaire pour la plupart des cabinets de dermatologues de suivre les évolutions et d'investir aussi dans d'autres techniques modernes, comme par ex. la thérapie photo-dynamique. Le Conseil fédéral exige donc un démantèlement du point-taxe de la prestation technique, précisément au moment où toute une série de conditions fixées par la politique et, d'autre part, le progrès médical contraignent les médecins à investir davantage dans leur infrastructure technique. Ceci est tout sauf objectif et constitue une contradiction en soi.
Il est en effet à prévoir que seront touchées spécialement durement les femmes, car elles travaillent souvent, au milieu de leur phase de vie, à temps partiel afin de pouvoir assumer leur double rôle de médecin et de mère. Leurs possibilités de compenser les pertes financières engendrées par la dévaluation de la prestation technique par un temps de travail sup-

tistiken werden in unserem Fach (nach oben) verzerrt, wenn die Einkommen der Praxen, welche vorwiegend im Bereich der ästhetischen Medizin tätig sind, zur Berechnung des Durchschnittseinkommens eines Dermatologen eingerechnet werden.

**Was sollte stattdessen getan werden ?**

(A) Der Tarif muss einer Gesamtrevision unterzogen werden und (B) die Subvention der Hausärzte soll – wenn schon – über die Preisbildung (und nicht durch einen Eingriff in das Tarifwerk) gesteuert werden. (C) Der Bundesrat soll das Abstimmungsresultat vom Mai 2014 (Abstimmung über den Gegenvorschlag zur Hausarzt-Initiative) abwarten, dann erhält er bei einer Annahme der Vorlage die gesetzliche Legitimierung, die finanzielle Besserstellung der Hausärzte zu steuern. Dies wäre das wesentlich vernünftigere Vorgehen, als die jetzige "Hauruck-Übung".
Im Rahmen der Gesamtrevision des Tarmed, welche aktuell unter dem Namen "Tarvision" abläuft, wird auch neu ein Kapitel 40 zur Hausarztmedizin aufgestellt. Dieses Kapitel wird es erlauben, die typische hausärztliche Tätigkeit besser abzubilden und abzurechnen. Der Prozess "Tarvision" verpflichtet sich voll und ganz den Prinzipien der Kohärenz und der Sachgerechtigkeit der Tarifstruktur. Die Tarifpartner (santésuisse, H+, MTK) haben sich dieser Ansicht angeschlossen und sind bereit, an der Tarifrevision mitzuwirken. Der Bundesrat soll auf übereilte, nicht fundierte Tarifeingriffe, welche den Tarvision-Prozess stören, verzichten.
Mehr Informationen zum Thema finden Sie auch auf der SGDV-Website.

plémentaire pour pouvoir en fin de compte se faire véritablement un salaire sont limitées. La pénalisation unilatérale des femmes n'est certainement pas dans l'esprit de la politique de la santé du Conseil fédéral, mais il est probable qu'elle n'a tout simplement pas été vue.
Les propriétaires de laboratoires dermatopathologiques sont également touchés de manière disproportionnée par la mesure du gouvernement. La dermatopathologie est pourtant partie intégrante de notre discipline médicale et de nos algorithmes diagnostiques. Sous cet aspect aussi, il y a lieu de rejeter l'ordonnance du Conseil fédéral.
Enfin, il faut dire que la majorité des dermatologues, femmes et hommes, en Suisse pratiquent très majoritairement la dermatologie classique, avec un accent toujours plus marqué au cours de ces dernières années sur le traitement du cancer de la peau. Les chiffres concernant les revenus figurant dans les grandes statistiques subissent une distorsion (vers le haut) dans notre spécialité lorsque le revenu des cabinets œuvrant essentiellement dans le domaine de la médecine esthétique est inclus dans le calcul du revenu moyen d'un dermatologue.

**Que faudrait-il faire en lieu et place ?**

(A) Le tarif doit être soumis à une révision globale et (B) la subvention pour les médecins de famille doit - pour autant qu'elle doive exister - être pilotée via la formation des prix (et non pas par une intervention dans l'ouvrage tarifaire). (C) Le Conseil fédéral doit attendre le résultat de la votation de mai 2014 (votation sur le contre-projet à l'initiative pour la médecine de famille), car il obtiendrait par l'adoption du projet la légitimation légale pour piloter l'amélioration de la situation financière des médecins de premier recours. Ceci serait un mode de procéder nettement plus raisonnable que l'actuel "exercice à la hussarde" auquel on assiste.
Dans le contexte de la révision globale de Tarmed, qui a actuellement cours sous le nom de "Tarvision", il y aura également création d'un nouveau chapitre 40 concernant la médecine de famille. Ce chapitre permettra de mieux illustrer l'activité typique des médecins de premier recours et d'en établir un meilleur décompte. Le processus "Tarvision" se soumet intégralement aux principes de la cohérence et de l'objectivité de la structure tarifaire. Les partenaires tarifaires (santésuisse, H+, CTM) ont réuni leurs forces dans cette optique et sont prêts à participer à la révision tarifaire. Le Conseil fédéral doit renoncer à des interventions précipitées et non fondées dans le tarif, qui perturbent le processus Tarvision.
Vous trouverez de plus amples informations à ce sujet sur le site Internet de la SSDV.

# Enbrel®. Langfristig frei sein[1, 2]

Enbrel®. Anfangen
Enbrel®. Ankommen
Enbrel®. Vertrauen

Enbrel®
etanercept

## Für Ihre erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer und Ihre jungen Patienten* (ab 6 Jahren) mit chronisch schwerer Plaque-Psoriasis[1]

* Kinder und Jugendliche ab dem Alter von 6 Jahren, die unzureichend auf eine andere systemische Therapie oder Lichttherapie angesprochen haben oder sie nicht vertragen.


*1* Enbrel®: Aktuelle Fachinformation auf www.swissmedicinfo.ch.
*2* Ortonne J-P, Griffiths C, Daudén E et al. Efficacy and safety of continuous versus paused etanercept treatment in patients with moderate-to-severe psoriasis over 54 weeks: the CRYSTEL study. Expert Rev Dermatol. 2008; 3: 657-665.


***Gekürzte Fachinformation – Enbrel®*** *(Etanercept)*

***Indikationen:*** Erwachsene: aktive rheumatoide Arthritis (RA) und Psoriasis-Arthritis (PsA) wenn das Ansprechen auf eine vorhergehende Therapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) unzulänglich war. Bei schweren aktiven und progressiven Formen der RA ohne Vorbehandlung mit Methotrexat. Ankylosierende Spondylitis (AS)/Morbus Bechterew ohne Ansprechen auf konventionelle Therapie. Mittelschwere bis schwere Plaque-Psoriasis (PsO). Kinder und Jugendliche: juvenile idiopathische Arthritis (JIA) mit polyartikulärem Verlauf ab dem Alter von 2 Jahren, wenn die vorhergehende Methotrexat-Behandlung unzulänglich war. PsO bei Kindern und Jugendlichen ab dem Alter von 6 Jahren, wenn eine andere systemische Therapie oder Lichttherapie unzulänglich war. ***Dosierung:*** Erwachsene: 25 mg 2×wöchentlich s.c. oder alternativ: 50 mg 1×wöchentlich (PsO: alternativ 2×50 mg wöchentlich initial für 12 Wochen). Kinder und Jugendliche: JIA: 0,4 mg/kg KG (max. 25 mg pro Dosis) 2×wöchentlich s.c. PsO: 0,8 mg/kg KG (max. 50 mg pro Dosis) 1×wöchentlich s.c. ***Kontraindikationen:*** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Sepsis oder Risiko einer Sepsis. Die Behandlung sollte bei Patienten mit bestehenden Infektionen nicht begonnen werden. ***Vorsichtsmassnahmen:*** Infektionen (inklusive aktive, als auch inaktive [latente] Tuberkulose und HBV), dekompensierte Herzinsuffizienz, allergische Reaktionen, hämatologische Reaktionen und ZNS-Störungen sowie höheres Risiko für Lymphome und maligne Erkrankungen beachten. Die Anwendung von Enbrel® bei schwangeren und stillenden Frauen wird nicht empfohlen. ***Interaktionen:*** Methotrexat hat keinen Einfluss auf die Pharmakokinetik von Etanercept. ***Unerwünschte Wirkungen:*** Infektionen (einschliesslich Infektionen der Atemwege und schwerwiegende Infektionen), Malignome, Reaktionen an der Injektionsstelle, Bildung von Autoantikörper u.a. Seit der Markteinführung wurde über Fälle von Blutbildungsstörungen und ZNS-Demyelinisierungsstörungen berichtet. ***Packungen:*** Enbrel® Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektionslösung: 4 Stechampullen zu 25 mg. Enbrel® Injektionslösung in Fertigspritzen: 4 Fertigspritzen zu 25 mg oder 2 Fertigspritzen zu 50 mg. Enbrel® MyClic (Injektionslösung im Fertigpen): 2 Fertigpen zu 50 mg. Verkaufskategorie B. ***Zulassungsinhaberin:*** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. (FI V019)


Pfizer AG
Schärenmoosstrasse 99
Postfach
8052 Zürich



60003-209-09/12-D

# 4èmes Rencontres Romandes de Dermatologie et Vénéréologie

## Jeudi 3 avril 2014 – Hôtel Beau-Rivage Palace, Ouchy / Lausanne

### *Programme*

09.00 – 09.05 Introduction: Prof. Michel Gilliet, Lausanne

***Session 1***

09.05 – 09.35 Quoi de neuf dans la rosacée ?
Prof. Bernard Cribier, Strasbourg

09.35 – 10.05 Quoi de neuf dans les dermatoses neutrophiliques?
Dr Daniel Wallach, Paris

***Session 2***

10.10 – 10.40 Quoi de neuf dans les bulles ?
Prof. Luca Borradori, Berne

10.40 – 11.10 Quoi de neuf en phlébologie?
Dr Albert-Adrien Ramelet, Lausanne

***11.10 – 11.45 Pause et visite de l'exposition***

***Session 3***

11.45 – 12.15 Tribune libre
Prof. Carle Paul, Toulouse

12.15 – 12.45 Quoi de neuf sur le mélasma?
Prof. Thierry Passeron, Nice

***12.45 – 14.00 Lunch et visite de l'exposition***

***Ateliers***

14.00 – 14.30 Mise à jour sur la PDT et ses variantes pour tous les dermatologues
Dr Daniel Perrenoud, Lausanne

14.30 – 15.00 Confrontation anatomo-clinique
Dr Gürkan Kaya, Genève

***15.00 – 15.30 Pause et visite de l'exposition***

***Controverses***

15.30 – 16.00 Faut-il faire ou non des bilans dans l'urticaire ?
Prof. Philippe Humbert, Besançon et Prof. François Spertini, Lausanne

16.00 – 16.30 Politique professionnelle
Dr Jean-Pierre Grillet, Genève, Prof Jürg Hafner, Zürich

16.30 – 16.35 Conclusions: Prof. Wolf-Henning Boehncke

# Xerosis cutis*

## Weil **Basispflege** das **Wichtigste** ist

kostensparend & kassenzulässig

Liste D
Creme (50g/250g)
Kassenzulässig

[1] L. Vaillant, G. Georgesco, C. Rivollier. Etude comparative, randomisée, en double aveugle des propriétés de V0034CR (véhicule + glycérol + vaseline) versus véhicule, versus véhicule + glycérol, versus véhicule + vaseline, chez des sujets présentant une peau sèche non pathologique. Rapport d' étude V00034 CR 202, 2003.
[2] C. Blanchet-Bardon, H. Buckova, H. Raudsepp, H. Traupe. Efficacité et tolérance de DEXERYL dans le traitement symptomatique des ichtyoses infantiles. Réalités Thérapeutiques en Dermato-Vénérologie n°190 Octobre 2009.
[3] Pharmakovigilanz-Daten, Pierre Fabre Frankreich, 1999-2010.

**Kurzinformation DEXERYL® Creme**
**Z:** Wirkstoffe: Glycerolum, Vaselinum album, Paraffinum liquidum. Hilfsstoffe: Conserv.: Propylis parahydroxybenzoas (E 216), Macrogolum 600, excipiens ad emulsionem. *I: Behandlung trockener Haut bei gewissen Dermatosen, z.B. Ichthyosis. **D:** zweimal täglich oder nach Bedarf eincremen. **KI:** Überempfindlichkeit gegen einen der Inhaltsstoffe. **V:** Nicht schlucken. Nicht auf infizierte Wunden. Mögliche allergische Reaktionen (ggf. verzögert) auf Propylparahydroxybenzoat und Macrogol 600. **IA:** Es liegen keine Studien vor. **S:** Es liegen keine Informationen vor. DEXERYL® kann aber während der Schwangerschaft und beim Stillen bei Auslassen der Brust angewendet werden. **UW:** gelegentlich: Urtikaria, Erytheme, Pruritus. Vereinzelt Ekzeme. **Ü:** keine Fälle berichtet. **Verkaufskategorie:** Liste D. Von den Krankenkassen anerkannt. Für umfassende und detaillierte Informationen konsultieren Sie bitte www.swissmedicinfo.ch.
**Pierre Fabre (Suisse) SA** – 4123 Allschwil. 01/2011.

09/2013

Pierre Fabre
Hegenheimermattweg 183 • 4123 Allschwil
061 487 89 00 • dermatologie.ch@pierre-fabre.com
www.pierre-fabre-dermatologie.ch

# 4èmes Rencontres Romandes de Dermatologie et Vénéréologie

## Hotel Beau-Rivage Palace, Ouchy / Lausanne, 03.04.2014

## Inscription / Anmeldung

Merci de retourner à / *Bitte retournieren an* :
Secrétariat du congrès, 11, ch. Sous-Cherre, 1245 Collonge-Bellervie, Fax +41 22 752 14 41 - E-mail : rrdv2014@gmail.com, Tél +41 79 301 02 76

Pr ❒ Dr ❒ Priv.Doz. ❒ Mme/Frau ❒ M./Herr ❒

Nom / *Name* ..... Prénom */ Vorname* .....

Adresse ..... .....

NPA / *PLZ* ..... Lieu / *Ort* .....

Tél. ..... Fax .....

E-mail : .....

**FRAIS D'INSCRIPTION / *ANMELDEGEBÜHREN***

| | | **CHF** |
|---|---|---|
| ❒ | Médecin spécialiste / *Facharzt (in)* | 100.-- |
| ❒ | Médecin assistant, étudiant / *Assistenzarzt(in), Student(in)* | 50.-- |
| ❒ | Lunch | inclus */ inbegriffen* |

**Total CHF** .....

---

**MODE DE PAIEMENT / *ZAHLUNGSWEISE***

Virement à / *Überweisung an*
Compte / Konto: CCP 12-567297-7 , IBAN CH69 0900 0000 1256 7297 7
Titulaire du compte / *Kontoinhaber* : Groupe des Dermatologues Genevois, 1228 Plan-les-Ouates

Après réception du paiement vous recevrez une confirmation */Nach Eingang der entsprechenden Zahlung erhalten Sie eine Bestätigung*

En cas d'annulation, cette dernière doit être adressée **par écrit avant le 26 mars 2014**; les frais d'inscription seront remboursés, moins CHF 25.-- pour les frais de dossier. Passé ce délai, aucun remboursement ne pourra être effectué.
*Bei Eingang der schriftlichen Absage* ***bis zum 26. März 2014*** *wird der volle Betrag, abzüglich CHF 25.- Bearbeitungsgebühr pro Person zurückerstattet. Ab diesem Datum erfolgt keine Rückerstattung mehr.*

Lieu et date / *Ort und Datum* ..... Signature */ Unterschrift* .....

# Vasculite d'effort (exercise-induced vasculitis) et amlodipine

*J.M. Lachapelle[1], A.A. Ramelet[2]*

*[1]Service de Dermatologie, Université Catholique de Louvain, Bruxelles*
*[2]Service de Dermatologie, Hôpital de l'Ile, Berne*

*Derm. Hel. 2014;26(2):21-23*

## Introduction

La vasculite d'effort (exercise-induced vasculitis) est une entité clinique très clairement individualisée [1-4].
Nous rapportons ici une observation en tous points similaire aux observations princeps, mais qui tire son originalité d'une intéressante relation avec un traitement par amlodipine.

## Observation clinique

La patiente, née en 1938, a toujours joui d'une excellente santé, sans antécédents cliniques ni perturbations biologiques. Son histoire se résume à trois épisodes de vasculite d'effort, étalés dans le temps.

### Premier épisode

Celui-ci remonte à 1999 (à l'âge de 61 ans) lors d'un Congrès à Beyrouth. Le temps était ensoleillé, sec et très chaud (>30°C). Une longue marche (± 10 km) fut organisée à travers les rues de la ville, dont certains quartiers restaient dévastés après la guerre qui avait ravagé le pays. Le soir de cette randonnée pédestre un peu éprouvante, apparaissent sur les deux jambes, essentiellement aux faces médiale et postérieure, des lésions érythémateuses, très discrètement urticariennes, mais accompagnées d'un purpura très affichant. Il n'y a pas d'œdème concomitant. Il est intéressant de constater que les lésions sont assez strictement délimitées, épargnant les régions malléolaires et supra-malléolaires, et présentant une limite abrupte, horizontale, à mi-jambe (Fig.1). Sur le plan subjectif, les lésions sont très prurigineuses et discrètement douloureuses. Le diagnostic de vasculite d'effort était évident.

**Fig. 1. Lésions érythémateuses et purpuriques bin délimitées à la face postérieure de la moitié inférieure des jambes.**

Après application locale biquotidienne de furoate de mométhasone (Elocom® crème) la dermatose s'est progressivement estompée en une dizaine de jours.
Et ultérieurement, des années sans histoire.

### Deuxième épisode

Celui-ci survient en 2012 (à l'âge de 74 ans) lors d'un voyage en Birmanie. Parmi les longues randonnées au milieu des temples, l'excursion la plus éprouvante, sous une chaleur assez accablante, est la montée au mont Poppa (764 marches), une vraie citadelle d'où la vue sur la montagne voisine (l' "Olympe" de la Birmanie), est époustouflante. Au soir de l'escalade, survient le deuxième épisode de vasculite d'effort (Fig.2), tout à fait calqué cliniquement sur le premier et dont l'évolution ultérieure est totalement similaire.

**Fig. 2. Image clinique tout à fait similaire à celle observée lors du premier épisode.**

### Troisième épisode

C'est celui qui retient l'attention par son caractère quelque peu inédit.
En mars 2013, la patiente, qui avait toujours présenté une tension normale (13/7) vérifiée à intervalles réguliers, se soumet à un check-up internistique de routine, où l'on découvre une hypertension d'apparition récente, continue (±17/9). Un traitement par amlodipine (Amlor®) est instauré (10 mg/jour) mais est mal toléré, car survient un œdème important des chevilles (Fig.3), surtout marqué au lever, mais persistant toute la journée. La patiente, qui n'est pas adepte des randonnées pédestres et vit dans une certaine sédentarité, est invitée par des amis à effectuer une très courte balade (±300 m). C'était le quatrième jour après le début du traitement par amlodipine. Le temps était ensoleillé

**Fig. 3. Œdème des chevilles, secondaire à la prise d'amlodipine. Il est particulièrement marqué au lever et dans la matinée.**

Report

**Fig. 4. L'image clinique est calquée sur celles des deux épisodes précédents. L'œdème des chevilles, induit par la prise d'amlodipine, paraît plus discret (flèche), car la photographie est prise en fin d'après-midi.**

et très doux. Survient alors le soir une récidive de la vasculite d'effort (Fig.4), initiée cette fois par un effort de marche minimale, ce qui est évidemment tout à fait inhabituel. Même évolution favorable que lors des deux épisodes précédents. Le traitement par amlodipine est alors interrompu et remplacé par le lisonipril (15 mg/jour) qui permet d'équilibrer la tension artérielle. C'est la fin de l'histoire à ce jour.

## Discussion

### Terminologie relative à la vasculite d'effort

La vasculite d'effort a été initialement appelée purpura d'effort [4]. Le terme vasculite d'effort est le plus adéquat, car il s'agit dans tous les cas d'une réelle vasculite, comme en témoignent les examens anatomopathologiques réalisés dans quelques observations, parfois discrète, parfois leucocytoclasique (Fig.5). Le terme anglais : "exercise-induced vaculitis" est de loin à la fois le plus imagé et le plus globalisant. D'autres appellations sont apparues dans la littérature, issues de cas cliniques individuels [5,6] mais elles sont trop restrictives (Tableau 1).

**Tableau 1: Appellations synonymiques anglo-saxonnes de l'exercice-induced vasculitis**

- Exercise-induced purpura
- Golfer's vasculitis (5)
- Hiker's vasculitis
- Rambler's vasculitis
- Flip-flop vasculitis (6)

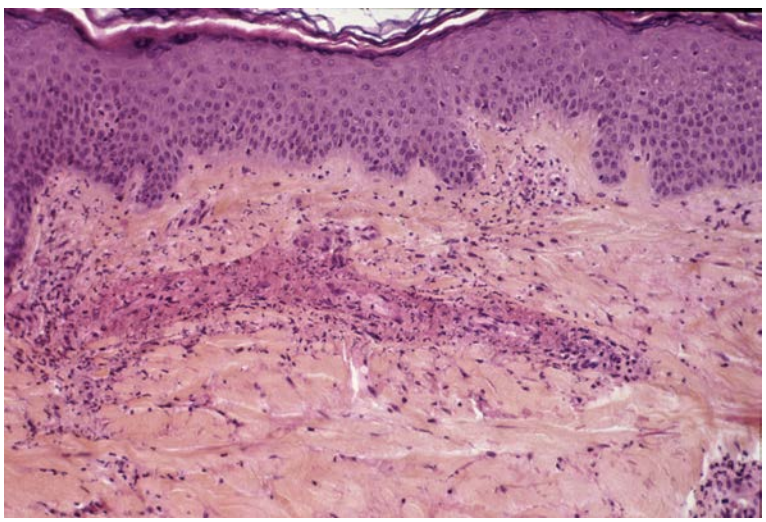


**Fig. 5. Image pathognomonique de vasculite leucocytoclasique (coloration hématoxyline – éosine – safran ; x 200).**

### Caractères anatomocliniques stéréotypés de la vasculite d'effort

Les caractères anatomocliniques de l'affection tels que décrits dans notre cas sont tellement identiques dans chaque observation que le diagnostic est obvie dès le premier coup d'œil (Fig.6).

### Hypothèses étiopathogéniques

L'étiopathogénie de l'affection reste incomplètement élucidée, mais les hypothèses les plus vraisemblables ont été colligées dans un article exhaustif [2].
A cet égard, deux points méritent de retenir l'attention:

1. La plupart des sujets sont des femmes, dont plusieurs présentent soit un discret œdème des chevilles, soit un classique lipoedème.
2. Dans ce contexte, des problèmes de thermorégulation lors d'un effort par temps chaud surviennent, avec une hyperthermie délétère pour les fibres musculaires du mollet, accentuée par le métabolisme anaérobié des muscles avec production d'acide lactique. Approche intéressante pour expliquer la topographie élective des lésions aux faces médiale et postérieure des jambes.

### Originalité de notre observation et amlodipine

Notre patiente est une récidiviste en matière de vasculite d'effort après une marche éprouvante, prolongée, par temps chaud et sec. Mais le troisième épisode fait exception à la règle. La prise d'amlodipine depuis quelques jours a entraîné un œdème majeur des chevilles. Une promenade récréative d'à peine une demi-heure a été l'élément déclenchant de la troisième poussée. Etrange et un peu inattendu. Et cela nous amène à discuter de l'amlodipine et de ses effets secondaires.
L'amlodipine, inhibiteur calcique, est souvent recommandée par les internistes comme premier choix dans le traitement de l'hypertension artérielle, seule ou associée à d'autres hypertenseurs.
Cette médication n'est pas dénuée d'effets indésirables cutanés dont la liste, non exhaustive, est reprise dans le livre de Litt [7]. Des publications récentes y font allusion, et la recherche sur Internet permet de les répertorier.
Mais, en pratique, deux effets indésirables dominent la scène :

- d'une part, des poussées de "flush" du visage, plus ou moins contrôlées par des pulvérisations répétées d'eau thermale.

- D'autre part, et plus fréquemment encore, l'apparition, dès le lever, d'un œdème parfois majeur des chevilles, s'étendant dans les cas les plus sévères jusqu'à mi-jambe. L'œdème s'atténue quelque peu, mais très partiellement durant l'après-midi. Cet effet secondaire est tellement contraignant, qu'il impose l'interruption du traitement.

Et voilà donc l'histoire de notre patiente. L'oedème des chevilles a agi, tel un garrot, précipitant ainsi chez elle, une vasculite d'effort après un "effort pédestre" vraiment minimal, et ceci est tout à fait inhabituel.

## Conclusion

Dans le cas présent, il s'agit d'un bel exemple de syndrome palindromique.
Il invite à des pérégrinations mémorielles.

## Références


1. Ramelet A.A. Exercise-induced purpura Editorial. Dermatology 2004 ; 208 : 293-296.
2. Ramelet A.A. Exercise-induced vasculitis JEADV 2006; 20:423-427.
3. Graif Y, Teplitski V. Exercise-induced vasculitis Harefudh 2013; 152:389-390.
4. Ramelet A-A. Purpura d'effort (Vasculite d'effort) Derm Actu N°106; 2007: 12-16.
5. Kelly R.I. Golfer's vasculitis vs cutaneous vasculitis exacerbated by activity. Arch Dermatol 2010 ; 146 :449-450.
6. Sagdeo A, Gormley RH, Wanatka et al. Purpuric eruption on the feet of a healthy young woman. "Flip-flop vasculitis" (exercise-induced vasculitis). JAMA Dermatol 2013; 149:751-756.
7. Litt JZ. Litt's Drug Eruptions and Reactions. 19th edn. CRC Press, Taylor and Francis Group, 2013, 588 pp. ISBN: 978-1-84214-598-2.

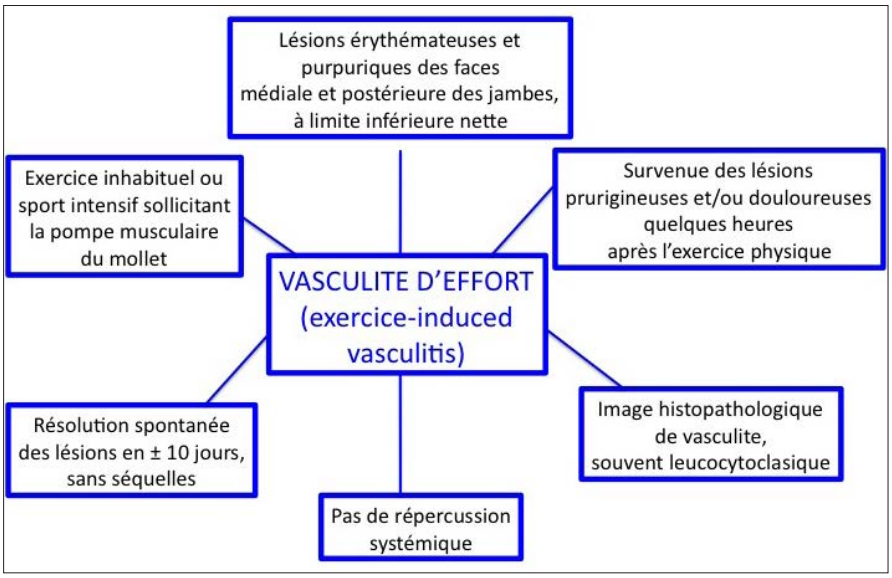


Lésions érythémateuses et purpuriques des faces médiale et postérieure des jambes, à limite inférieure nette
Exercice inhabituel ou sport intensif sollicitant la pompe musculaire du mollet
Survenue des lésions prurigineuses et/ou douloureuses quelques heures après l'exercice physique
VASCULITE D'EFFORT (exercice-induced vasculitis)
Résolution spontanée des lésions en ± 10 jours, sans séquelles
Image histopathologique de vasculite, souvent leucocytoclasique
Pas de répercussion systémique

**Fig. 6. Caractères anatomocliniques de la vasculite d'effort**

# Philosophie et botanique, aux origines de la dermatologie

*G. Tilles*

*Bibliothèque Henri-Feulard, hôpital Saint-Louis, Paris*

*Derm. Hel. 2014;26(1):24-26*

Leçons de l'histoire

De profondes transformations marquèrent l'apprentissage de la médecine à la fin du XVIIIème siècle. A une "médecine de bibliothèque" succéda une "médecine au chevet du patient" hospitalisé. L'hôpital, lieu de diagnostic, de soins et d'enseignement devint le temple du savoir médical. Cette médecine nouvelle puisa dans le sensualisme et les classifications des botanistes l'essentiel de ses méthodes [1,2]. Les médecins dermatologues surent en tirer d'utiles enseignements.

## Le sensualisme, outil de rénovation du diagnostic

Selon John Locke [1632-1704] et les philosophes se réclamant du sensualisme, les limites de l'enrichissement du savoir sont imposées par "l'entendement humain" qui provient de deux "sources de la connaissance", les sensations et la réflexion[3]. Les sens transmettent des impressions qui s'impriment durablement et peuvent être associées pour former ce que Locke nomme des "idées", plus ou moins complexes. En France, Condillac [1715-1780] représente ce courant de pensée qui affirme la primauté de la "science de nos perceptions" que Desttut de Tracy nomme Idéologie, au sens de science des idées [4,5].
Pour les médecins qui veulent s'affranchir des spéculations, le sensualisme est une aubaine. Observant une maladie qu'il n'a jamais vue, le médecin pense pouvoir, par le seul usage des sens, en acquérir la connaissance complète. Ce médecin peut ainsi rejeter "toute vaine hypothèse (en) s'en tenant aux impressions faites sur les sens de la vue, de l'ouïe, du toucher [6]". Ces réflexions sur la meilleure manière de parvenir au diagnostic semblait d'autant plus nécessaires que le savoir médical était alors l'objet de vives critiques tant "plusieurs philosophes ont regardé l'art de guérir comme un art mensonger dont l'empire se fonde uniquement sur la crédulité et la faiblesse" [7].
Dans ce climat de contestations du savoir médical, Cabanis proposait d'examiner à quel "degré de certitude peut parvenir la médecine" [8]. Sa réponse est formelle : "c'est par les sens qu'il a reçus de la Nature ou plutôt par la sensibilité qui fait concourir tous ses organes à l'action de son cerveau que l'homme apprend à connaître les objets". Les systèmes préconçus qui tentent de fournir une interprétation globale de la maladie sont vains. Seuls comptent l'observation et le raisonnement à la portée de tous : "pour étudier l'état sain et l'état malade, pour suivre la marche et le développement de telle ou telle maladie en particulier, (…), l'observation et le raisonnement nous suffisent. Il ne faut rien de plus".
La simplification de l'approche diagnostique fournie par les sens devait être complétée par une rénovation du langage médical. Là encore la règle est simple: il s'agit de faire correspondre le mot et l'idée. Ainsi conçu, le langage devient "une peinture parlée de nos sensations"[7]. En dermatologie, Alibert fut -dans la première partie de son œuvre- le modèle de cette rénovation. Conséquence de la rénovation du langage, le latin est aux oubliettes; la pédagogie y trouve son compte et l'éducation du futur praticien en est facilitée. A titre d'exemple, Lorry et Plenck publient leurs ouvrages de dermatologie en latin à la fin des années 1770 ; trente ans plus tard, Alibert à Paris et Willan à Londres rédigent dans leurs langues les ouvrages fondateurs de la dermatologie rénovée.

## Les classifications : œuvres de botanistes utiles aux médecins

Soucieux de ne pas laisser les spéculations envahir le raisonnement médical, Sydenham [1624-1689] avait souligné l'intérêt de classer les maladies "avec le même soin et la même exactitude que les botanistes ont fait dans leurs traités sur les plantes [9]". De fait, l'intérêt des médecins pour les classifications des maladies précéda leur capacité à les reconnaître. Deux manières de classer les objets opposaient les naturalistes: l'une fondée sur l'utilisation d'un petit nombre de caractères pour établir entre les objets des différences immédiatement visibles; l'autre, contestant cette vision jugée simpliste et artificielle, privilégiait une classification basée sur le plus grand nombre de caractères de ressemblance pour traduire au mieux la complexité de la nature. Carl von Linné [1707-1778] et Georges Louis Leclerc comte de Buffon [1707-1788] étaient alors les représentants les plus éminents de ces deux attitudes [10,11].
L'œuvre majeure [Systema Naturae] de Linné paraît en 1735. Son objectif est de donner de la botanique l'image d'une science exacte s'exprimant dans un vocabulaire laconique et rigoureux. Linné propose de diviser toutes les espèces connues de plantes en 24 classes grâce à l'observation attentive de leurs organes sexuels, critère d'observation relativement aisé, en tout cas ne faisant appel à aucune spéculation. A l'opposé, Buffon considère que, limiter les critères de classification à un seul revient à nier la complexité de la nature et finalement à "vouloir juger d'un tout par une seule de ces parties [12,13]".

## Botanique et sensualisme et en dermatologie

Soucieux de classer les dermatoses pour en faciliter la mémorisation, les dermatologues des dernières décennies du XVIIIème empruntent à la botanique, certains à l'œuvre de Linné, d'autres à l'œuvre de Buffon et de son disciple Jussieu [14,15]. Deux courants de pensée se mettent en place. L'un – mis en place par Plenck (Vienne), Willan (Londres) et Biett (Paris) - inspiré de Linné privilégie la recherche d'une lésion commune à plusieurs dermatoses, lésion dite élémentaire. La méthode est simple, ne nécessite qu'un apprentissage rapide, efficace pour parvenir à un diagnostic clinique rudimentaire mais amène à réunir dans des cadres nosologiques communs des maladies très différentes. L'autre symbolisée par l'œuvre d'Alibert (Paris) inspirée par Jussieu, s'efforce de rechercher le plus grand nombre de similitudes tirées de la maladie [morphologie, évolution, traitement] et de l'histoire personnelle du malade. Il en résulte deux manières complémentaires plus qu'opposées d'aborder la dermatologie : une approche, "artificielle", trop botanique pour certains, qui oblige les dermatologues à herboriser sur la peau et exclurait la dermatologie de la médecine et une approche plus "naturelle" qui, prenant en compte l'ensemble des données fournies par l'exa-

**Fig. 1. Jean-Louis ALIBERT**

men du malade, favoriserait l'intégration des maladies de la peau dans une médecine dite interne.

Alibert (fig 1) favorisa cette approche "naturelle", selon lui, la plus apte à comprendre "l'inconcevable variétés dans les dégradations de tout genre dont nos téguments sont susceptibles [16]". Ne proposant pas de méthode diagnostique, à la différence des willanistes, Alibert sépare d'abord dans la première partie de son oeuvre les maladies du cuir chevelu des dermatoses du reste du tégument. Il propose ensuite de classer les maladies de la peau sur un Arbre des dermatoses présenté à Saint-Louis le 26 avril 1829 (fig 2). Cette représentation, modèle de nosologie botanique, lui permet de souligner le fait que les maladies "se touchent par différents points et sont plutôt dispersées entre elles comme les feuilles des arbres". Alibert entacha toutefois son travail en utilisant des désignations complexes faites de racines grecques (olophlyctide, phlyzacia, cnidosis…) selon lui justifiées par le caractère novateur de son œuvre, mais qui ne pouvaient que laisser perplexes les étudiants en dermatologie.

De même que les botanistes disciples de Linné parvenaient à classer les plantes à partir d'un critère d'observation simple, les dermatologues favorables à ce principe recherchèrent sur la peau des malades une lésion facile à identifier, commune à plusieurs dermatoses quand bien même celles-ci diffèreraient pas tous les autres critères. Plenck et Willan furent les concepteurs de cette méthode.

L'apport de Plenck (fig 3) [1735-1807] à la dermatologie fut marginal dans son œuvre mais déterminant pour le développement de la discipline [17,18]. En fait seule une des 128 pages de son *Doctrina de morbis cutaneis* publié en 1776 mérite d'être conservée comme indispensable à l'histoire de la dermatologie : celle où Plenck énumère les

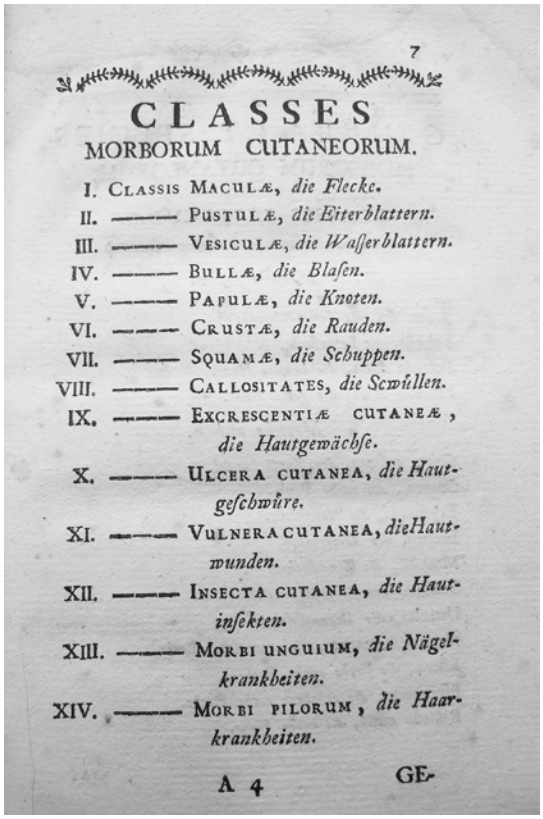
**Fig. 3. Josef Jakob Plenck**

"classes des maladies de la peau" (fig 4). Plenck divise les dermatoses en 14 classes. Dix d'entre elles sont définies par des critères morphologiques d'identification simple. Les quatre dernières classes concernent les maladies qui ne peuvent être définies sur des critères d'apparence. La cohérence de l'ensemble s'en trouve affaiblie. Pour le reste, Plenck énumère, plus qu'il ne décrit, 115 maladies de la peau. Les descriptions sont brèves et l'aide qu'elles apportaient aux débutants en dermatologie ne doit pas être surestimée.

Willan (fig 5) [1753-1812] poursuit et enrichit le travail de Plenck. Il publie à partir de 1798, 4 fascicules réunis en 1808 sous le titre "On cutaneous diseases". Il définit huit classes de maladies selon les lésions initiales que les willanistes français nomment élémentaires: papule, squame, exanthème, bulle, vésicule, pustule, tubercule, macule. Chacune des ces lésions élémentaires définit des cadres nosologiques. Toutefois, différence essentielle avec Plenck, Willan accorde une plus grande attention à la description. De ce point de vue, son livre est, comme le soulignent Crissey et Parish, le premier ouvrage de dermatologie qui peut être lu par un dermatologue moderne avec un degré raisonnable de confort [19].

En France, la greffe willaniste prend rapidement. Introduit à Saint-Louis en 1816 par Biett [1741-1840], le willanisme est perfectionné par ses élèves Alphée Cazenave [1795-1877] et Henri Schédel [1800-1856]. Willanistes convaincus, ils considèrent que la classification de Willan "offre sans contredit beaucoup de facilité et de précision et cela parce qu'elle repose sur les élémens [sic] des maladies eux-mêmes, élémens [sic] invariables et que l'on peut toujours retrouver à toutes les périodes de l'éruption" [20]. Les maladies de la peau étant classées selon leur lésion élémentaire, les cadres nosologiques contiennent

**Fig. 2. Arbre des dermatoses**



7

CLASSES
MORBORUM CUTANEORUM.

I. Classis Maculæ, *die Flecke.*
II. —— Pustulæ, *die Eiterblattern.*
III. —— Vesiculæ, *die Waſſerblattern.*
IV. —— Bullæ, *die Blaſen.*
V. —— Papulæ, *die Knoten.*
VI. —— Crustæ, *die Rauden.*
VII. —— Squamæ, *die Schuppen.*
VIII. —— Callositates, *die Schwüllen.*
IX. —— Excrescentiæ cutaneæ, *die Hautgewächſe.*
X. —— Ulcera cutanea, *die Hautgeſchwüre.*
XI. —— Vulnera cutanea, *die Hautwunden.*
XII. —— Insecta cutanea, *die Hautinſekten.*
XIII. —— Morbi unguium, *die Nägelkrankheiten.*
XIV. —— Morbi pilorum, *die Haarkrankheiten.*

A 4 GE-

**Fig. 4. Plenck lésions élémentaires des maladies de la peau**

**Fig. 5. Robert Willan**

des maladies évidemment très différentes les unes des autres. Cet effet ne gêne en rien les willanistes. L'essentiel pour ces rénovateurs du diagnostic est de ne pas s'égarer dans des discours spéculatifs préalables à la reconnaissance de la maladie mais de faire d'abord un premier diagnostic, clinique. Les dermatologues recherchent minutieusement la lésion élémentaire – terme forgé par Biett ou Cazenave -, son groupement, sa localisation, décrivent la sémiologie cutanée de la manière la plus simple et la plus rigoureuse possible, sans l'emphase du langage d'Alibert qui, pour les willanistes, détourne les élèves de l'observation.

De même que les écoles dermatologiques s'opposent sur la meilleure de classer les maladies pour parvenir au diagnostic, les dermatologues se distinguent par leur manière de décrire les maladies. Laennec décrivant les bruits du cœur et des poumons a fourni à des générations d'étudiants en médecine un foisonnement de comparaisons imagées durablement imprégnées dans les mémoires. En dermatologie la mise en place d'une sémiologie issue du sensualisme fut l'œuvre de Jean-Louis Alibert (1768-1837) à Saint-Louis. Adoptant à la réforme du langage, Alibert affirme que "la meilleure langue pour désigner tous les éléments de cette branche positive de l'art, est celle qui rappelle soudain à l'esprit un attribut spécial qui l'a fait connaître" [21,22]. Le dispositif de ressemblance se sert d'images issues de l'environnement familier, végétal, animal, minéral [23]. A titre d'exemples, les végétations syphilitiques sont comparées à des fraises, des framboises ou des choux-fleurs. Un orphelin porteur de tumeurs vasculaires du visage a sur les ailes du nez "deux excroissances pédiculées et d'un rouge écarlate qui les fait ressembler aux cerises dénommées bigarreaux". Le cuir chevelu atteint par la porrigine tonsurante ressemble "à ce que l'on appelle vulgairement la chair de poule". Une jeune actrice d'un petit théâtre de Paris est affectée d'une ichtyose nacrée qui la fait ressembler à une vipère par l'aspect et la couleur de la peau de l'abdomen et à une carpe par celle de ses cuisses. Avec Alibert, la description dermatologique devient un genre littéraire.

Comparé à celui d'Alibert, le langage des willanistes est laconique. Les disciples de Biett et de Cazenave donnent une image plus technique du langage dermatologique que ne le faisait Alibert, attentif à faire partager ses impressions à tous, profanes inclus. Chez les willanistes français, les descriptions méthodiques et minutieuses remplacent les métaphores d'Alibert. De la même façon, l'attention qu'Alibert accorde à la narration faite par le malade disparaît chez les willanistes qui privilégient la recherche de la lésion élémentaire et décrivent de manière attentive, parfois rébarbative, l'organe-peau malade. Il n'est pas certain que la pédagogie y trouve toujours son compte.

## Références


1. Ackerknecht EH La médecine hospitalière à Paris (1794-1848). Paris, Payot,1986, p 30
2. Tilles G Dermatologie des XIXème et XXème siècles. Mutations et controverses. Springer, 2011, Paris.
3. Locke J Essai philosophique concernant l'entendement humain traduit de l'Anglais par M. Coste. 3ème édition, 1834, chez Pierre Mortier, Amsterdam, p 61-62.
4. Desttut de Tracy ALC Elémens (sic) d'idéologie. 3ème partie. Logique. Paris, 1805, Courcier, p xv-xvj; 5.
5. Condillac E Bonnot de Traité des sensations. Paris,1788, Barrois, p 4.
6. Pinel Ph Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine. JA Bosson, 6ème ed, 1818, Paris, p xcj-xciij
7. Cabanis PJG (Coup d'œil sur les révolutions et sur la réforme de la médecine. Crapart, Caille et Ravier, Paris, 1804.
8. Cabanis PJG Du degré de certitude de la médecine. Paris, an VI, 1798, Firmin Didot, p 7-8.
9. cité in Grmek M, Le concept de maladie. In : Histoire de la pensée médicale en Occident, vol. 2, De la Renaissance aux Lumières, Seuil, 1996, Paris, p.157-176.
10. Barsanti G Linné et Buffon in Les fondements de la botanique. Linné et la classification des plantes Paris, Vuibert, 2005, p. 103-130.
11. Duris P Le néolinnéisme en France au XIXème siècle in : Les fondements de la botanique. Linné et la classification des plantes, Paris, Vuibert, 2005, p 131-154.
12. Buffon GL Leclerc comte de (1749) De la manière d'étudier et de traiter l'histoire naturelle. Paris, de l'Imprimerie Royale, p 20.
13. http://www.buffon.cnrs.fr/chronologie/index.php?lang=fr
14. Borroni G The roots of dermatologic thought originated in a botanic garden Arch Dermatol, 2000, 136: 28-29.
15. Tilles G, Wallach D Histoire de la nosologie en dermatologie Ann Dermatol Vénéréol, 1989, 116 : 9-26.
16. Alibert JL Précis théorique et pratique sur les maladies de la peau Paris, Charles barrois, 1810.
17. Plenck JJ Doctrina de morbis cutaneis, Ap Rodolphum Graeffer, 1776, Vienna. Plenck JJ (1777) Lehrsätze von den Krankheiten der Haut, Warschau, Dresden. Plenck JJ (2006) Leçons sur les maladies de la peau. Vienne, Paris. Louis Pariente. Traduction française par P Gombert www.bium.univ-paris5.fr/sfhd
18. Holubar K Die Gründungsphase in österreichischer Perspective in Scholz A, Holubar K, Burgdorf W, Gollnick H, Geschichte der deutschsprachigen Dermatologie, Wiley-VCH, 2009, p 227-229.
19. Crissey JT, Parish LC Dermatology and syphilology of the 19th century. 1981, Praeger, New York.
20. Cazenave PLA, Schédel HE Abrégé pratique des maladies de la peau Paris, Béchet jeune, 1838, 3ème ed, p xl-xli.
21. Alibert JL Monographie des dermatoses. Daynac, Paris,1832, p xlv.
22. Alibert JL Précis théorique et pratique des maladies de la peau. Seconde édition, tome second, Caille et Ravier, Paris, 1822, p 2.
23. Pasquinelli E Corps de l'observateur et corps observé. La représentation esthétique dans la dermatologie de Jean-Louis Alibert (1768-1837), Mémoire de DEA de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2001, Paris.


*Crédit photographique: bibliothèque Henri-Feulard, hôpital Saint-Louis, Paris.*

# DAS DIAGNOSTISCHE PHOTO
# LA PHOTO QUI FAIT LE DIAGNOSTIC

M. Harms, J.H. Saurat

Eine neue Rubrik "Foto des Monats" tritt an die Stelle des bisherigen "Quiz des Monats".
Das Foto des Monats stellt die ausserordentliche Besonderheit unserer Spezialität heraus nämlich die Fähigkeit von einer klinischen Präsentation die Punkte zu erfassen, die es erlauben mit einem Blick die Diagnose zu stellen. Bevor man dieses Stadium nicht erreicht hat ist man kein Dermatologe !
Hoffentlich macht es ihnen Spass ihre Kenntnisse zu testen und vielleicht hilft das Foto des Monats vielen jüngeren Kollegen Dermatologen zu werden.

Une nouvelle rubrique "photo du mois" remplace l'ancienne "quiz du mois".
Cette "photo du mois" met en exergue cette extraordinaire particularité de notre spécialité de saisir dans une présentation clinique les points qui permettent en un simple coup d'œil de faire le diagnostic. Avant d'atteindre ce stade, on n'est pas dermatologiste !
En espérant que vous aurez du plaisir à tester vos connaissances et que cette photo du mois aidera de nombreux jeunes à devenir dermatologiste.

# UND WIE ES ZU BETRACHTEN IST...
# ET COMMENT LA REGARDER...

Es handelt sich um ein 15-jähriges Mädchen, das an einer seit der Geburt bestehenden Dermatose leidet. Im Laufe vieler Jahre haben sich nicht wenige Dermatologen über diese Haut gebeugt und eine ganze Reihe von Diagnosen wurde genannt: vorerst atopische Dermatitis, dann Psoriasis, impetiginisiertes Ekzem, Pityriasis lichenoides chronica, disseminierte superfizielle Porokeratose, karenzielle Dermatose, ohne Zweifel lässt sich jetzt die Variabilität der Symptome erklären.

**Antwort**

Sie haben 2 Möglichkeiten:
- Entweder sie machen die Blickdiagnose
- Oder sie analysieren die Läsionen und stellen eine Differentialdiagnose auf

Zu sehen sind:
- leicht erythematöse Läsionen, die eine zirzinäre, anuläre und auch lineare Anordnung aufweisen
- feine oberflächliche Schuppen, die in bogenförmigen, serpiginösen Linien angeordnet sind
- man kann einen doppelten Randsaum erahnen aber ganz anders als der einer Porokeratose

Die oben erwähnten Diagnosen kommen in Frage und sind auch teilweise richtig aber es fehlt diejenige, welche die Gesamtheit der beschriebenen Läsionen erklärt und die auch in den Rahmen einer seit der Geburt bestehenden und episodenartigen und wandernden Dermatose passt.

Diagnose:

**Ichtyosis linearis circumflexa Comèl (1949), Syndrome de Netherton (1958)**

Die Diagnose dieser Genodermatose ist leicht wenn sie den Haarbefall mit dem typischen Bild der Bambushaare aufweist. Die Erkrankung charakterisiert sich ausserdem durch weitgefächerte assoziierte unregelmässig vorhandenen Symptomen wie eine Erythrodermie bei der Geburt, einer atopische Dermatitis, Infektionen der Haut und anderer Organe, atopische Manifestationen (Asthma, Nahrungsmittelallergien und respiratorische Allergien), Mangelernährung sowie Entwicklungsrückstand.
Die Pathogenese des Syndroms besteht in einem Fehler im Spink5 Gen, das für den Serin-Proteasehemmer Lekti kodiert. Daraus erfolgt eine Dysregulation der Barrier-funktion verschiedener Epithelien. Das von A. Hovnanian 2013 publizierte Schema (wesentliche Referenz) erklärt die Ereignisse, die als Folge des defizienten Lekti auftreten: eine erhöhte Aktivität einer epidermischen Peptidase und Protease sowie Elastase 2. Es kommt daraufhin zu einer Degradierung von Desmogleine 1 und damit zu einer **Abspaltung des Stratum corneums**. Die Barrierefunktion ist so gestört und Infektionen und Allergene können sich etablieren. Das führt ausserdem auch zur Aktivierung von mehreren Cytokinen. Dieser molekuläre Poymorphismus erklärt den klinisch so täuschenden Polymorphismus.

---

Il s'agit d'une jeune fille de 15 ans qui souffre de cette dermatose depuis la naissance. Au fil des années bien des médecins se sont penchés sur cette peau et un bon nombre des diagnostics avaient été évoqués : en premier lieu une dermatite atopique, puis psoriasis, eczéma impetiginisé, pityriasis lichenoïdes chronique, porokératose disséminée superficielle, dermatose carentielle, sans doute en raison de la variabilité maintenant explicable, des signes avec le temps.

**Réponse**

Vous avez 2 possibilités :
- Le coup d'œil vous suffit
- Vous analysez les lésions et établissez le diagnostic différentiel

Sont visibles :
- lésions légèrement érythémateuses disposées de façon circinée et annulaire mais parfois linéaires
- les squames fines et superficielles formant des lignes arrondis, serpigineuses
- on peut deviner une double bordure mais bien différente de celle de la porokératose

Les diagnostics évoqués ci-dessus peuvent entrer en ligne de compte et sont partiellement justes mais il manque celui qui explique l'ensemble des lésions décrites et de plus qui cadre avec l'anamnèse d'une dermatose débutant à la naissance et survenant épisodiquement et étant migratoire.

Diagnostic:

**Ichtyose linéaire circonflexe Comèl (1949), Syndrome de Netherton(1958)**

Le diagnostic de cette génodermatose est facile lorsqu'il existe une atteinte des cheveux avec l'aspect très typique de cheveux en bambou. La maladie est en outre caractérisée par un éventail de symptômes irrégulièrement associés comme l'erythrodermie à la naissance, la dermite atopique, infections de la peau et d'autres organes, manifestations atopiques (asthme, rhinite, allergies aériennes et alimentaires), malnutrition avec retard

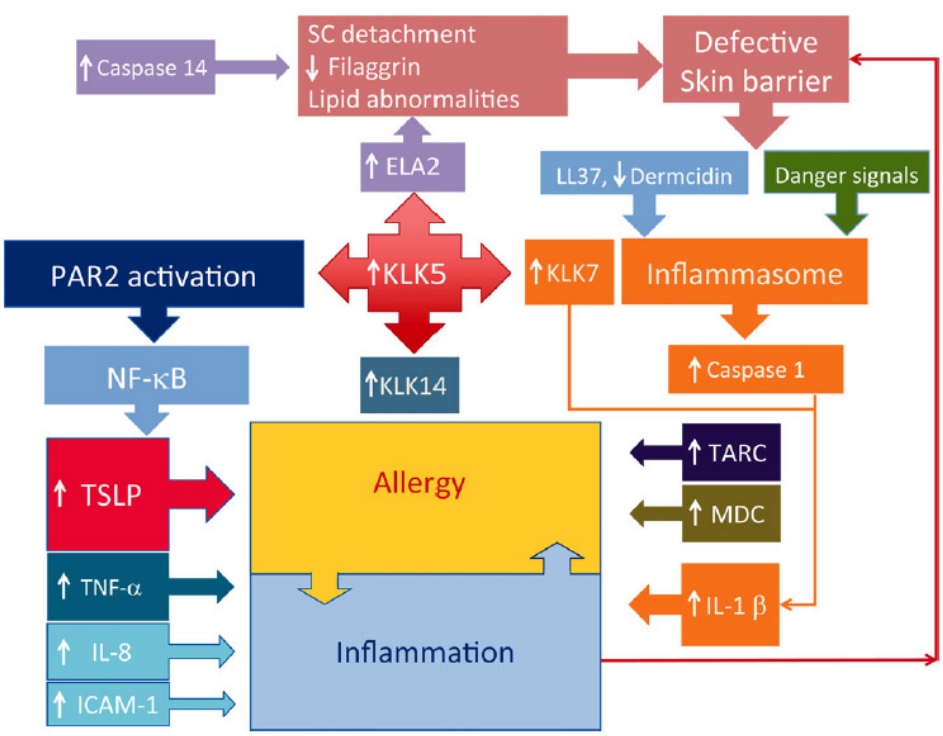
de développement.
La pathogenèse du syndrome consiste en un défaut dans Spink5 gène codant pour l'inhibiteur de la sérine-protéase Lekti. Il en résulte une dysrégulation de la fonction barrière des divers épithéliums. Le schéma publié en 2013 par A. Hovnanian (référence de la maladie) explique les événements résultant à la suite de la déficience de Lekti: une activité augmentée d'une préptidase épidermique et d'une protéase épidermique et l'élastase 2. Il en résulte une dégradation de la desmogleine 1 causant **un clivage au niveau de la couche cornée**. La fonction barrière est ainsi défectueuse et les infections et les allergènes peuvent y pénétrer. Ceci conduit également à l'activation et production de plusieurs cytokines. Ce polymorphisme lésionnel au niveau moléculaire explique le polymorphisme clinique si trompeur.

**Netherton syndrome: skin inflammation and allergy by loss of protease inhibition**

A. Hovnanian

Cell and Tissue Research 2013;351(2):289-300

Netherton syndrome (NS) is a rare autosomal recessive skin disease with severe skin inflammation and scaling, a specific hair shaft defect and constant allergic manifestations. NS is caused by loss-of-function mutations in SPINK5 (serine protease inhibitor of kazal type 5) encoding LEKTI-1 (lympho-epithelial kazal type related inhibitor type 5) expressed in stratified epithelia. In vitro and in vivo studies in murine models and in NS patients have cast light on the pathogenesis of the disease and shown that LEKTI deficiency results in unopposed kallikrein-related peptidase 5 (KLK5) and KLK7 activities and to the overactivity of a new epidermal protease, elastase 2 (ELA2). Two main cascades initiated by KLK5 activity have emerged. One results in desmoglein 1 degradation and desmosome cleavage leading to stratum corneum detachment. KLK5 also activates KLK7 and ELA2, which contribute to a defective skin barrier. This facilitates allergen and microbe penetration and generates danger signals leading to caspase 1 activation and the production of active interleukin-1β. In parallel, KLK5 activates a specific cascade of allergy and inflammation by activating protease-activated receptor-2 (PAR-2) receptors. PAR-2 activation triggers the production of the major pro-Th2 cytokine TSLP (thymic stromal lymphopoietin) and several inflammatory cytokines, including tumour necrosis factor-α. Levels of thymus and activation-regulated chemokine (TARC) and macrophage-derived chemokine (MDC) also contribute to allergy in a PAR-2-independent manner. Patient investigations have confirmed these abnormalities and revealed a wide spectrum of disease expression, sometimes associated with residual LEKTI expression. These results have demonstrated that the tight regulation of epidermal protease activity is essential for skin homeostasis and identified new targets for therapeutic intervention. They also provide a link with atopic dermatitis through deregulated protease activity, as recently supported by functional studies of the E420K LEKTI variant.



# Trockene Winterhaut – die Soforthelfer[3]

**Im Winter verdurstet die Haut. Grund dafür sind trockene Heizungsluft und kalte Aussentemperaturen. Urea – Pflegeprodukte können diesen Feuchtigkeitsmangel ausgleichen. Die richtige Galenik und ein höherer Lipidgehalt sind dabei entscheidend.**

Schon bei einer Aussentemperatur von 8 Grad Celsius verringern die Talgdrüssen der Haut die Produktion des natürlich schützenden Fettfilms. Ohne diesen Fettfilm trocknet die Haut schneller aus. Bei Kälte wird die Haut zudem schlechter durchblutet. Trockene Heizungsluft, raue, enganliegende Kleidung, häufiges Waschen mit irritierenden Seifen oder Duschgels und lange Bäder entziehen ihr zusätzlich Feuchtigkeit: Die Haut beginnt zu spannen, schuppen und jucken – Frühwarnzeichen für Hauttrockenheit. Ohne die richtige Pflege können sich ein Ekzem oder entzündliche Risse an Händen und Füssen bilden. Insbesondere Kinder, ältere Menschen und Patienten mit Hauterkrankungen wie Neurodermitis, Psoriasis und Ichthyose müssen im Winter ganz besonders auf die richtige Pflege achten.[1,2]

**Urea (dt. Harnstoff) – der natürliche «Feuchtmacher» der Haut.**

Urea ist ein natürliches Abbauprodukt des Körpers. Mit dem Schweiss gelangt es in die Hornschicht der Haut und ist dort massgeblich an der Regulation des Wasserbindungsvermögens beteiligt. Bei Pflegeprodukten wird die wasserbindende Aktivität von Urea in der Haut wesentlich von der verwendeten Emulsionsform bestimmt. Eine länger andauernde und intensivere hydratisierende Wirkung kann z.B. mit einer W/O Emulsion (Excipial® U Lipolotio, 4% Urea) erzielt werden. Durch eine langsame, aber hohe Urea-Penetrationsrate werden tiefere Hautschichten erreicht. Dadurch kann die U-Lipolotio bis mind. 16 h die Haut hydratisieren.[3]

**Rückfettende Pflege mit hohem Lipidgehalt.**

Weil die Talgdrüsen der Haut im Winter schlechter arbeiten, sollte man bei der Pflege auch auf einen höheren Lipidanteil achten. Rückfettende Substanzen aus pflanzlichen Ölen (z.B. Nachtkerzen- oder Mandelöl) machen die Haut im Winter wieder geschmeidig. Insbesondere die Kinderhaut, aber auch die Haut von Wintersportlern benötigen für draussen einen Kälteschutz mit sehr hohem Lipidgehalt (z.B. Excipial® Fettsalbe oder Mandelölsalbe). Die Hände leiden im Winter ganz besonders – sie müssen tagsüber vor Austrocknung geschützt (Excipial® Protect) und abends mit z.B. Nachtkerzenöl (Excipial® Repair) gepflegt werden.

## Excipial® – so individuell wie der Hautzustand des Patienten.

## Excipial® – Soforthelfer[3] mit starken «Winter-Wirkstoffen»

**Hauttrockenheit mit Spannungsgefühl und Juckreiz**

mit 4% Urea hydratisiert langanhaltend (bis zu 16h)[3] mildert Juckreiz[4]

**Gerötete, trockene Wangen**

100% Lipidgehalt als Kälteschutz für draussen; abwaschbar

**Verhornte, rissige Füsse**

mit 75% Mandelöl, 4% Zinkoxid – speziell für Kinderhaut und trockene Winterfüsse: nicht abwaschbar

**Trockene, spröde Hände**

Schutz und Pflege für trockene und angegriffene Hände

**Excipial® U Lipolotio Z:** U Lipolotio mit/ohne Parfum: Ureum 40 mg/ml, Lipidgehalt 36%. **I:** Schutz und Pflege von empfindlicher oder leicht entzündeter Haut vom trockenen bis sehr trockenen Hauttyp, Intervallbehandlung mit Kortikoidpräparaten. **D:** 2–3x tgl. auftragen. **KI:** Nicht auf Wunden und offenen Hautpartien anwenden. **P:** Lotio, Flaschen à 200 ml (SL) und 500 ml (Grand-Frère Regelung). **Liste D. Ohne Limitatio.** Weiterführende Informationen finden Sie unter www.swissmedicinfo.ch. 0513

**Excipial® Crème, Fettcrème, Fettsalbe, Mandelölsalbe Z:** Crème: Lipidgehalt 35,5%; Fettcrème: Lipidgehalt 54%; Fettsalbe: Lipidgehalt 100%; Mandelölsalbe: Mandelöl 751 mg/g, Zinkoxid 40 mg/g, Lipidgehalt 96%. **I:** Hautpflege, Intervallbehandlung mit Kortikoidpräparaten, Grundlagen für magistrale Rezepturen. **D:** 2–3 x tgl. auftragen. **KI:** Überempfindlichkeit auf einen Inhaltsstoff. **UAW:** Unverträglichkeitsreaktionen sind nicht auszuschliessen. **SS/ST:** Keine Einschränkungen. **P:** Crème, Fettcrème, Mandelölsalbe: Tuben à 30 g und 100 g. Fettsalbe: Tuben à 100 g. **Liste D, SL.** Weiterführende Informationen finden Sie unter www.swissmedicinfo.ch. 0513


**Referenzen**

1. Wellner K et al. Untersuchungen zum Harnstoffgehalt der Hornschicht bei Neurodermitis. Z. Hautkrankheiten 67 (7): 648–50 (1992).
2. Wellner K et al. Untersuchungen zum Harnstoffgehalt der Hornschicht bei Psoriasis vulgaris. H+G 68 (2): 102–104 (1993).
3. Wohlrab W. et al. Einfluss des Harnstoffgehaltes unterschiedlicher Emulsionen auf die Wasserbindungskapazität der menschlichen Hornschicht. Z. Hautkrankheiten 6:390 (1991).
4. Gruner M. Hautpflege bei Neurodermitis. Akt. Dermatol. 31: 144–137 (2005).



swiss made

**Spirig Pharma AG**
**CH-4622 Egerkingen,**
**www.galderma-spirig.ch**


GALDERMA
Committed to the future of dermatology
spirig

ELIDEL®
(pimecrolimus) Cream 1%

Jetzt bei MEDA

# ELIDEL® sorgt für die Haut

## Die selektivste Behandlung für leichte bis mittelschwere atopische Dermatitis (AD)[1-5,*]

MEDA derma

**MEDA Pharma GmbH, Hegnaustrasse 60, 8602 Wangen-Brüttisellen, Tel. 044 835 26 26, Fax 044 835 26 27, info@medapharma.ch, www.medapharma.ch**

*** Elidel ist indiziert zur Kurzzeit- und intermittierenden Langzeitbehandlung der leichten bis mittelschweren atopischen Dermatitis ab 2 Jahren als «second-line»-Therapie, wenn eine konventionelle Therapie mit Emollientien und topischen Kortikosteroiden nicht angewendet werden kann.**

**Referenzen: 1.** Grassberger et al. A novel anti-inflammatory drug, SDZ ASM 981, for the treatment of skin diseases: in vitro pharmacology. Br J Dermatol 1999; 141(2):264-273. **2.** Zuberbier et al. The ascomycin macrolactam pimecrolimus (Elidel, SDZ ASM 981) is a potent inhibitor of mediator release from human dermal mast cells and peripheral blood basophils. J Allergy Clin Immunol 2001; 108(2):275-280. **3.** Meingassner JG et al. Pimecrolimus does not deplete Langerhans cells. Br J Dermatol. 2003; 149: 853-857. **4.** Cheer et al. Tacrolimus ointment. A review of its therapeutic potential as a topical therapy in atopic dermatitis. Am J Clin Dermatol 2001; 2(6):389-406. **5.** Goodwin et al. Mechanism of action of glucocorticosteroids. Inhibition of T cell proliferation and interleukin 2 production by hydrocortisone is reversed by leukotriene B4. J Clin Invest 1986; 77(4):1244-1250.

**Elidel®** (Pimecrolimus): Topischer Calcineurinhemmer. **Indikation:** Kurzzeit- und intermittierende Langzeitbehandlung der leichten bis mittelschweren atopischen Dermatitis ab 2 Jahren als «second-line»-Therapie, wenn eine konventionelle Therapie mit Emollientien und topischen Kortikosteroiden nicht angewendet werden kann. **Dosierung:** 2× tgl. eine dünne Schicht auf betroffene Haut auftragen und einreiben. Bis zur vollständigen Abheilung behandeln. Falls nach 6 Wochen keine Besserung auftritt, sollte die Behandlung mit Elidel abgebrochen werden. Nicht unter Okklusion verwenden. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber Pimecrolimus, Tacrolimus oder einem der Hilfsstoffe. **Vorsichtsmassnahmen:** Es liegen seltene Fallberichte über Malignome unter topischen Calcineurinhemmern vor, wobei kein kausaler Zusammenhang nachgewiesen ist. Eine ununterbrochene Langzeitbehandlung mit topischen Calcineurinhemmern sollte vermieden, und die Anwendung nur auf die wirklich betroffenen Hautareale beschränkt werden. Therapie-Unterbrechung bei frischen EBV-Infektionen und Kontrolle einer lokalen Lymphoproliferation. Nicht auftragen auf infizierte Ekzembereiche, maligne oder prämaligne Hautläsionen und Hautareale, die von akuten viralen Infektionen betroffen sind (Herpes simplex, Windpocken). Nicht bei Kindern unter 2 Jahren oder bei immungeschwächten Patienten einsetzen. Überwachung von Patienten, welche eine Lymphadenopathie entwickeln. Kontakt mit Augen und Schleimhäuten vermeiden. Nicht empfohlen bei Erythrodermie und Netherton-Syndrom. Angemessene Sonnenschutzmassnahmen. Schwangerschaft, Stillzeit (detailliertere Information, s. AIPS). **Interaktionen:** Keine klinisch relevanten Interaktionen bekannt. Impfungen während behandlungsfreier Intervalle. Nicht gleichzeitig mit topischen Kortikosteroiden oder anderen topischen anti-inflammatorischen Produkten applizieren. Ausgedehnte Bestrahlungen der Haut vermeiden (Solarien, Therapie mit PUVA, UVA, UVB). **Unerwünschte Wirkungen:** *Sehr häufig:* Brennen an der Anwendungsstelle. *Häufig:* Irritation, Pruritus und Erythem an der Anwendungsstelle, Hautinfektionen (Folliculitis). *Gelegentlich:* Impetigo, Verschlechterung des Zustandes, Herpes simplex, Eczema herpeticum, Herpes Zoster, Molluscum contagiosum, lokale Reaktionen an der Anwendungsstelle. *Selten:* Alkoholintoleranz, allergische Reaktionen, Hautverfärbung; maligne Erkrankungen (Lymphome und Hautkarzinome) ohne nachweislichen kausalen Zusammenhang. *Sehr selten:* Anaphylaktische Reaktionen. **Packungen:** Creme 1%: 30* g und 60* g. **[B]. * = kassenzulässig.** Ausführliche Informationen: Packungsbeilage, AIPS (www.swissmedicinfo.ch) oder MEDA Pharma GmbH, 8602 Wangen-Brüttisellen. Stand der Information: November 2006.

Stelara®
(ustekinumab)

365
−4*
361

**Stelara® est indiqué pour le traitement de patients adultes atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère, sur lesquels d'autres thérapies systémiques, y compris la cyclosporine, le méthotrexate ou la PUVA-thérapie, n'ont pas fonctionné, sont contre-indiquées ou n'ont pas été tolérées.[1]**

* dans la phase d'entretien. **1** Information professionnelle de Stelara®, Compendium Suisse des Médicaments, mise à jour: mars 2012, http://www.swissmedicinfo.ch
**Stelara® (ustekinumab,** anticorps monoclonal humain IgG1κ) **I:** Stelara® est indiqué pour le traitement de patients adultes atteints de psoriasis en plaques modéré à sévère, sur lesquels d'autres thérapies systémiques, y compris la cyclosporine, le méthotrexate ou à la photothérapie et à PUVA thérapie, n'ont pas fonctionné, sont contre-indiquées ou n'ont pas été tolérées. La sécurité et l'efficacité de Stelara® pour une période >4 ans n'a pas été contrôlée. **PO:** ce médicament doit être administré sous la direction et la surveillance d'un médecin expérimenté dans le diagnostic et le traitement du psoriasis. Le médecin doit s'assurer des points suivants: 1. Le patient comprend que Stelara® ouvre une nouvelle voie dans le traitement du psoriasis. Bien que l'efficacité et la sécurité aient été étudiées sur une durée allant jusqu'à 4 ans, il n'est pas possible, à l'heure actuelle, d'estimer si d'éventuelles conséquences à long terme pourraient survenir. 2. Le patient a donné son accord pour le suivi d'un traitement par Stelara®. 3. Le patient a reçu sa carte patiente. Adultes de 18 ans: 45mg par voie s.c. Injection les semaines 0,4 puis toutes les 12 semaines. Patients > 100kg: 90mg. Pas de réponse après 28 semaines: arrêter le traitement. **CI:** Hypersensibilité sévère au principe actif ou à l'un des excipients de la composition. **PR:** avant l'administration de Stelara®, le médecin traitant doit avoir lu les informations de l'entreprise spécifiques au produit et destinées aux médecins, et, plus particulièrement, les informations relatives aux risques potentiels. En outre, il doit s'assurer que le patient a compris les risques potentiels décrits dans la brochure qui lui est destinée et sur la carte patiente. Infections: Stelara® ne doit pas être administré à des patients souffrant d'une infection clinique active significative. Tb: recherche d'une infection par la tuberculose avant le début du traitement. Initiation d'un traitement antituberculeux avant le traitement en cas de tuberculose latente. Syndrome leuco-encéphalopathique postérieur réversible. Tumeurs malignes. Réactions d'hypersensibilité. Immunisations: Pas d'administration de vaccins vivants au cours de traitement par Stelara®. Éviter l'acommpangnement thérapeutique au traitement immunosuppresseur, photothérapie et exposition au soleil intense. Immunothérapie. **EI:** infections des voies respiratoires supérieures, naso-pharyngite, cellulite, infections virales des voies respiratoires supérieures, herpes zoster, dépression, étourdissements, céphalées, maux de gorge, congestion nasale, diarrhée, démangeaisons, douleurs dorsales, douleurs musculaires, épuisement, érythème au site d'injection, réactions au site d'injection (entre autres douleurs, gonflement, démangeaisons, induration, saignements, formation d'un hématome, irritation). Infections sévères. Tumeurs malignes. Réactions d'hypersensibilité (éruption cutanée et urticaire inclus) réactions sévères (anaphylaxie et angio-oedème inclus) **IA:** aucune étude sur les interactions n'a été réalisée. La sécurité et l'efficacité de Stelara® en association avec des molécules immunosuppressives ou la photothérapie n'ont pas été étudiées. **GA**: Par précaution, il convient d'éviter l'utilisation de Stelara® pendant la grossesse. **Présentation:** Stelara® solution pour injection en seringues prêtes à l'emploi de 45mg (0,5ml) ou de 90mg (1ml). **Admis aux caisses. Catégorie de remise:** B. **informations détaillées:** www.swissmedic.ch ou www.swissmedicinfo.ch; Titulaire de l'autorisation: Janssen-Cilag AG, Gubelstrasse 34, 6300 Zug (108433)

PHCH/STE/0113/0008

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson&Johnson